

ALMANAHUL REVISTEI

Sănătatea

1987

ȘTIATI CĂ

CRUCEA ROȘIE

FARMACIA
VERDE

NOUȚĂȚI

REBUS

Comprimat

COPILUL
NOSTRU

SFĂTURI

SPORT

ENIGMA

FAMILIE
SĂNĂTOASĂ

GHID

SANATATEA IN LUME

MAPAMOND



femina

DOSAR

UMOR

UN ALMANAH
PENTRU TOATE VÎRSTELE

MUZEUL PRESEI SEVER BOCU
JIMBOLIA
Nr.





TIMP EROIC

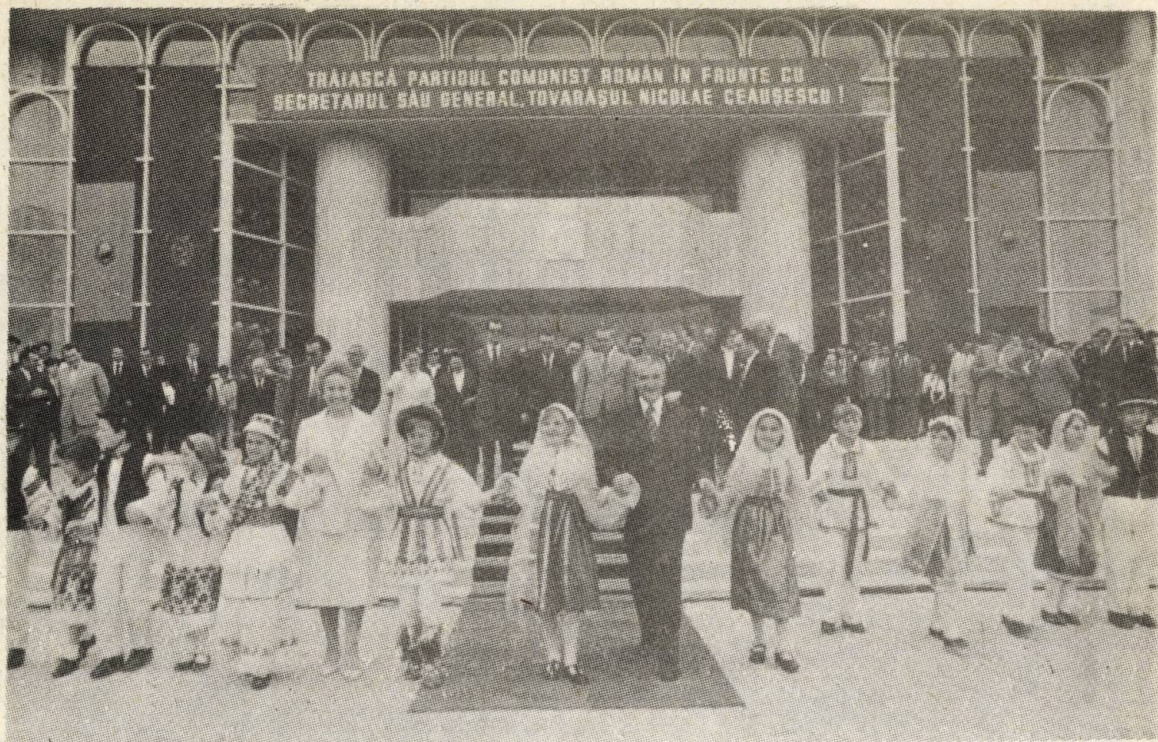
Anul aniversării a 65 de ani de la făurirea P.C.R., al împlinirii a 50 de ani de la procesul luptătorilor comuniști și antifasciști de la Brașov și a 21 de ani de la Congresul al IX-lea al P.C.R., care a ales în fruntea partidului pe tovarășul Nicolae Ceaușescu, este bogat în semnificații pentru poporul nostru, fiind primul an al cincinalului ce va înscrie România pe orbita țărilor cu o dezvoltare medie din punct de vedere economic.

Imenșii pași făcuți de România în anii ce au urmat Congresului al IX-lea al partidului sînt marcați de mărețe înfăptuiri ce poartă toate pecetea ilustrului gînditor comunist și tribun revoluționar, ctitor al României moderne, neobosit militant pentru pace și colaborare, pentru o lume mai bună și mai dreaptă, tovarășul Nicolae Ceaușescu.

Programul politic de dezvoltare economico-socială adoptat de istoricul Congres al IX-lea al partidului, rod al gîndirii cutezante și originale a tovarășului Nicolae Ceaușescu, a deschis o epocă de prefaceri înnoitoare cu ritmuri nemaiîntîlnite de creșteri cantitative și calitative.

Profundul umanism al politicii partidului nostru, pe care-l regăsim de-a lungul celor 65 de ani de luptă eroică pentru ca poporul să trăiască în libertate și demnitate, se materializează azi în dimensiuni ale unei dezvoltări fără precedent, toate județele țării fiind zone puternic marcate de multiple prefaceri.

Albumul românesc contemporan ne umple de adîncă mîndrie patriotică, ne



face să vibrăm la unison cu țara. În cititoriile Epocii Nicolae Ceaușescu s-a investit inteligență românească, s-a pus mult suflet în tot ce s-a durat cu gândul către viitorime. N-a fost ușor și nici nu va fi. Dar există oare cu adevărat lucrare, întreprindere care să nu reclame efort? Și ce poate fi mai mobilizator, mai tonic decât să te regăsești în efortul general, în marile și luminoasele realizări ale construcției noastre socialiste?

Concepția după care se călăuzește P.C.R. în tot ceea ce proiectează și realizează este indisolubila legătură între dezvoltarea generală a economiei, creșterea venitului național și ridicarea nivelului de trai material și spiritual al poporului.

Situînd în centrul tuturor preocupărilor omul, bunăstarea și fericirea sa, partidul și statul nostru abordează creșterea calității vieții ca latură inseparabilă a edifică-





rii socialismului și comunismului. A sporit numărul personalului muncitor de la 4,3 milioane în anul 1965 la 7,7 milioane în 1985; retribuiția medie s-a triplat aproape față de 1965; a fost creată o largă rețea de stațiuni pentru odihnă și tratament, pentru refacerea sănătății și capacității de muncă: anual peste 11 milioane de oameni ai muncii beneficiază de ele, comparativ cu 5,9 milioane în 1965. În anii libertății noastre au fost construite 5 662 300 apartamente. Comparativ cu cele două decenii anterioare, s-au construit de 6 ori mai multe locuințe după anul 1965, România fiind azi una din țările cu cel mai înalt ritm în construcțiile de locuințe din lume: peste 82 la sută din populația țării beneficiază de locuințe noi, iar în actualul cincinal vor fi date în folosință încă 750 000 de apartamente.

An de an societatea noastră alocă fonduri mereu sporite, de la bugetul de stat, pentru finanțarea învățământului, ocrotirea sănătății, ajutorarea mamelor și copiilor, extinderea și diversificarea continuă a serviciilor publice, desfacerea bunurilor de consum pentru populație ș.a.

După istoricul Congres al IX-lea al comunistilor români, în baza unei strategii noi care pornește de la relația sănătate — muncă — randament, ocrotirea sănătății este abordată complex, ca parte componentă a creșterii calității vieții. Această concepție profund umanistă se regăsește în sporirea continuă a fondurilor alocate

acestui sector, căruia numai în acest an i-au fost repartizate 18 miliarde de lei, ceea ce înseamnă de 4 ori mai mult decât în 1965. O judicioasă repartitie a unităților sanitare pe întreg teritoriul țării permite asigurarea asistenței medicale de calitate în toate localitățile. Față de 114 338 în 1965, numărul de paturi spitalicești a ajuns astăzi la peste 203 000, iar personalul medical numără peste 47 000 medici, cu 20 000 mai mulți decât în 1965.





Asistența sanitară este orientată în primul rând spre profilaxia îmbolnăvirilor, ceea ce a presupus elaborarea unor programe ample cât și a unor acțiuni de depistare a factorilor ce influențează sănătatea publică. O latură importantă a acestui domeniu de activitate o constituie sănătatea omului sănătos, antrenarea populației, prin acțiuni educativ-sanitare, la apărarea sănătății individuale și colective. Într-o asemenea abordare, politica sanitară a partidului și statului nostru a determinat creșterea substanțială a duratei medii de viață. Complexa strategie privind ocrotirea sănătății cuprinde, ca o latură deosebit de importantă, și sporirea populației, păstrarea unei structuri optime pe vârste, care se materializează în statornica grijă pentru întărirea familiei, pentru creșterea și educarea copiilor. Grijă pentru mamă și copil se materializează, printre altele, în asigurarea nașterilor numai în maternități, în existența a peste 35 000 de paturi în spitale și secții de pediatrie, a 100 000 locuri în creșe și leagăne, de 9 ori ori mai mult decât în 1965. Pentru toate cheltuielile social-culturale statul a alocat 20,9 miliarde lei în 1965 și 107,6 miliarde lei în 1985. În 21 de ani înregistrăm o creștere de la 1 000 lei, în medie pe locuitor, la 4 736 lei.

Dincolo de cifre, descifrăm, desigur, semnificațiile dimensiunilor lor pentru om. Sînt doar cîteva date care vorbesc

despre o politică cu adevărat umanistă, ce situează cu consecvență omul în centrul întregii preocupări și activități a societății.

O politică al cărui ardent și consecvent promotor este neobositul om, înflăcăratul patriot, marele erou al păcii, tovarășul Nicolae Ceaușescu, alături de care se află permanent, cu gîndul și fapta, tovarăsa sa de viață și de muncă, academician doctor inginer Elena Ceaușescu, strălucit om politic și savant de renume mondial, a cărei activitate este închinată cu generozitate aceluiași țel: demnitatea, libertatea, bunăstarea și fericirea omului.

Arcul de timp ce măsoară perioada inaugurată de istoricul Congres al IX-lea al partidului reprezintă o epocă de mari prefaceri revoluționare, de mărețe și durabile împliniri la temelia cărora stă o inepuizabilă forță: poporul strîns unit în jurul partidului, al secretarului său general, tovarășul Nicolae Ceaușescu.

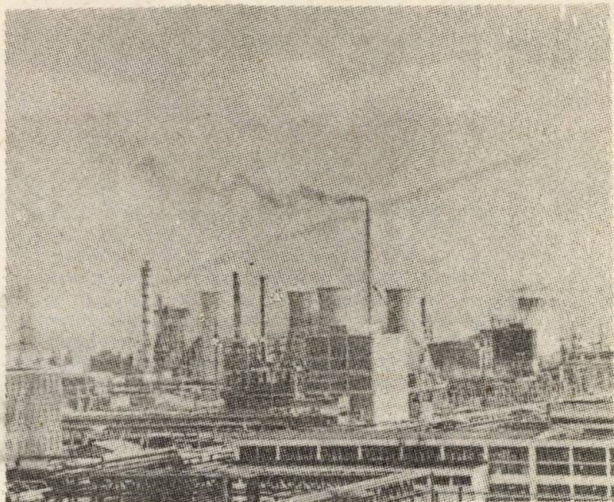
Înfăptuirea prevederilor cincinalului actual, a programelor de perspectivă, progresul general al țării, al tuturor popoarelor reclamă desigur intensificarea relațiilor economice și comerciale internaționale cu toate statele, conlucrarea pe baze echitabile, în liniște și pace.

Unitatea dialectică dintre politica internă și externă a partidului și statului nostru își găsește o nouă și strălucită expresie în documentul programatic al înal-

tului forum al democrației muncitorești-revoluționare.

Cuvîntarea președintelui republicii a definit cu clarviziune științifică direcțiile de acțiune pe planul activității internaționale a României socialiste pentru soluționarea marilor probleme ale contemporaneității, în vederea împlinirii năzuințelor de pace, libertate și progres ale tuturor popoarelor lumii, confirmînd o dată în plus consecvența și realismul politicii externe românești. Ampla analiză științifică a evoluțiilor mondiale, programul de acțiune realist și constructiv propus pentru oprirea cursei înarmărilor, pentru dezarmare și pace degajă înalta responsabilitate a omului politic Ceaușescu față de destinele propriei națiuni, ca și ale celorlalte popoare, vibranta chemare la acțiune unită, pînă nu e prea tîrziu, în numele păcii, al vieții. O adevărată profesiune de credință revoluționară și umanistă, sub semnul solidarității în lupta pentru triumful rațiunii, al dreptului la existență liberă și demnă al oamenilor, al popoarelor, pentru ca Terra să rămînă mereu frumoasa planetă albastră!

În spiritul politicii românești de pace și colaborare, bazată pe inițiativă și acțiune constructivă, glasul președintelui Ceaușescu s-a auzit în toată lumea prin propunerea lansată ca o serie de state, inclusiv socialiste, să treacă la o redu-



cere unilaterală a efectivelor, armamentelor și cheltuielilor militare, adresînd tuturor statelor din Europa apelul de a adopta, fiecare, măsuri de reducere cu cel puțin 5 la sută a înarmărilor, chiar înaintea realizării unui acord corespunzător în acest domeniu.

Hotărîrea celui de-al III-lea Congres al oamenilor muncii din Republica Socialistă România cu privire la reducerea cu 5 la sută a armamentelor, efectivelor și cheltuielilor militare și organizarea unui referendum precum și Apelul aceluiași forum pentru dezarmare nucleară și generală, pentru pace izvorăsc din profundul umanism al orînduirii noastre socialiste. Sînt inițiative constructive ce cheamă popoarele la acțiune hotărîtă pentru edificarea unei lumi mai bune și mai drepte, pentru o lume a păcii.

În Anul Internațional al Păcii, din capitala României, o nouă și vibrantă chemare pentru apărarea păcii s-a îndreptat spre întreaga omenire. România socialistă, prin hotărîrile adoptate, acționează concret, constructiv pentru dezarmare, pentru triumful politicii de destindere și pace.

Simbol al înaltelor idealuri și virtuți ale poporului român, conducător ce-și trage seva gîndirii și acțiunii revoluționare din nemijlocitul dialog cu cei mulți, cu țara, președintele Nicolae Ceaușescu este înconjurat cu dragoste, respect și admirație de întreaga națiune, care își urmează conducătorul încercat, răspunzînd vibrantelor sale chemări prin fapte de muncă, mereu la datorie în miezul fierbinte al acestui timp eroic.

Valeria CHILĂU



O NOUĂ ȘI STRĂLUCITĂ INIȚIATIVĂ ROMÂNEASCĂ PENTRU PACE, PENTRU DEZARMARE

Semnificativ, hotărârile adoptate de plenara C.C. al P.C.R. și de Marea Adunare Națională în 22 și 23 octombrie a.c. au premers deschiderii „Săptămânii mondiale a dezarmării”, care în acest an — An internațional al păcii — a căpătat valențe deosebite. Așadar, în preziua deschiderii unei săptămâni dedicate eforturilor pentru dezarmare, România socialistă s-a afirmat din nou ca o țară ferm angajată în lupta pentru pace, pentru dezarmare.

În timp ce la O.N.U. a fost difuzat ca document oficial Apelul Congresului al III-lea al oamenilor muncii din Republica Socialistă România pentru dezarmare nucleară și generală, pentru pace, ce poartă amprenta strălucitei gândiri politice a președintelui Nicolae Ceaușescu, în capitala României s-a auzit din nou o vibrantă chemare: „Să demonstrăm prin votul nostru pentru reducerea unilaterală cu 5 la sută a armamentelor, efectivelor și cheltuielilor militare voința nestrămutată a poporului român pentru înfăptuirea dezarmării, și în primul rînd a dezarmării nucleare, hotărîrea poporului nostru de a se angaja cu toate forțele și de a participa activ la lupta pentru o lume fără arme, fără războaie”.

Magistrala cuvîntare rostită de tovarășul Nicolae Ceaușescu de la tribuna sesiunii Marii Adunări Naționale — amplă și lucidă analiză a situației internaționale și a activității României pe arena mondială — se înscrie astfel ca o contribuție remarcabilă la tezaurul gândirii și acțiunii practice revoluționare mondiale, fiind adoptată prin Hotărîrea marelui forum al puterii de stat ca document programatic al politicii externe a României.

Avînd conștiința nestrămutată că îndeplinirea tuturor planurilor și programelor de dezvoltare economico-socială a patriei noastre, ca și ale tuturor țărilor lumii nu se pot înfăptui decît în condiții de pace, întregul popor sprijină, din adîncul inimii, această strălucită inițiativă de pace și își exprimă încrederea că măsura concretă luată de țara noastră va fi o sursă de inspirație și pentru

alte state. Motivația propunerii privind reducerea unilaterală cu 5 la sută a armamentelor, efectivelor și cheltuielilor militare constă în faptul că arsenalul îngrozitoarelor instrumente de nimicire acumulate astăzi, în special în Europa, este enorm, putînd distruge de cîteva ori întreaga planetă, ceea ce ar însemna sfîrșitul vieții, nimicirea civilizației umane. Or, o reducere cu 5 la sută a cheltuielilor militare nu ar afecta cu nimic securitatea, forța noastră de apărare, dar, cu siguranță, ar avea o influență politică deosebită pe continent și în lume.

Componentă importantă a unui complex program de dezarmare, reducerea cheltuielilor militare reprezintă o direcție de acțiune umanistă de o deosebită însemnătate în concepția conducătorului partidului și statului nostru și din alt punct de vedere: angrenajul înarmărilor devorează valori materiale și potențial uman ce constituie o imensă povară pe umerii popoarelor, multe dintre ele confruntate cu grave probleme social-economice. Este inuman să investești sume fabuloase — 2 miliarde de dolari pe minut — pentru perfecționarea „mașinii morții” cînd pe întinse zone ale Terrei bîntuie paludismul, trachoma, lepra, lipsesc apa potabilă și elementarele condiții de igienă și salubritate, iar bolile infecțioase seceră viețile nevinovaților copii.

Se știe, cheltuielile militare sustrag fonduri uriașe de pe făgașul lor firesc, al dezvoltării social-economice, și măresc pericolul unei catastrofe nucleare ce ar însemna sfîrșitul vieții, al civilizației.

Mîndru de noua și strălucita inițiativă de pace a președintelui Nicolae Ceaușescu, conștient că adoptarea unei asemenea măsuri nu are implicații asupra capacității de apărare a patriei noastre, dar deschide calea spre reduceri reale, spre negocieri fructuoase, poporul nostru spune DA la referendumul național de la 23 noiembrie a.c. convins că pacea lumii are nevoie de fapte, de acțiuni, de măsuri concrete.

Valeria PERJU

CE AR REPREZENTA REDUCEREA CU 5 LA SUTĂ A ARMAMENTELOR

Reducerea cu 5 la sută a armamentelor, așa cum propune România, ar elibera importante resurse financiare, care, investite pînă la sfîrșitul secolului, ar permite, după calculele O.N.U., să se realizeze:

- Stimularea dezvoltării industriale a țărilor rămase în urmă astfel încît pînă în anul 2000 aceste țări și-ar putea spori ponderea în producția industrială a lumii la 25 la sută, față de numai 11 la sută cît este în prezent

- Modernizarea și sporirea eficienței agriculturii în vederea satisfacerii necesităților alimentare în toate statele lumii a treia

- Construirea a 150 termocentrale cu o putere de 120 MW fiecare, ceea ce ar reprezenta lumină, căldură, dezvoltare pentru numeroase zone încă vitregite ale planetei

- Combateră eroziunii solului în țările amenințate să fie transformate în deșert

- Asigurarea cu apă potabilă necesară pentru circa 2 miliarde de oameni

- Salvarea de la irosire a aproape un procent din resursele disponibile ale planetei

NU, ÎNARMĂRILOR!

În prezent, cheltuielile destinate înarmărilor au atins un record incredibil: 1 000 miliarde de dolari pe an! Cu ce echivalează această enormă sumă?

● 1 000 miliarde de dolari ar lichida datoriile externe ale țărilor subdezvoltate și în curs de dezvoltare

● 1 000 miliarde de dolari ar asigura, concomitent, un ritm anual de creștere economică de 9,4 la sută în țările în curs de dezvoltare și de 3,7 la sută în statele dezvoltate

● 1 000 miliarde de dolari reprezintă o șesime din totalul investițiilor care se fac în lume

● 1 000 miliarde de dolari ar face posibilă crearea, concomitent, într-un deceniu, a circa 170 milioane de noi locuri de muncă în statele dezvoltate și a 10 milioane locuri de muncă în țările în curs de dezvoltare

● 1 000 miliarde de dolari ar satisface cerințele de energie de pe glob prin folosirea pașnică a forței atomului

● Cu sumele cheltuite pentru construirea unei rachete intercontinentale s-ar putea înălța cinci spitale de mare capacitate cu dotare ultramodernă

● Prețul de cost al unui submarin cu propulsie nucleară echivalează cu costul a 416 școli, dotate cu material didactic necesar unui învățământ modern

● Cu sumele necesare construirii unui submarin „Trident” s-ar putea asigura școlarizarea, pe timp de un an, a 16 milioane de copii

● O rampă de lansare a rachetelor cu rază medie de acțiune echivalează cu sumele necesare pentru întreținerea a 370 000 de studenți pe timp de un an

● Prețul a două bombardiere strategice (200 milioane de dolari) echivalează cu suma necesară pentru eliminarea analfabetismului în lume în mai puțin de 10 ani



ANUL INTERNAȚIONAL AL PĂCII

Propunerile, demersurile și inițiativele României, ale președintelui Nicolae Ceaușescu, izvorite din ideea apărării păcii prin dezarmare — dezvoltare — colaborare, sînt receptate cu maxim interes și vie aprobare pe toate meridianele lumii. În acest context, se înscrie și activitatea bogată a României la Națiunile Unite, inițiativele, propunerile și apelurile menite să ducă la oprirea producerii și experimentării de noi arme, la înghețarea și reducerea cheltuielilor militare ale statelor, la renunțarea la orice conflicte și confruntări armate.

Adunarea Generală a Națiunilor Unite a proclamat în unanimitate anul 1986 drept An Internațional al Păcii. Rezoluția Adunării Generale afirma că promovarea păcii este scopul principal al Națiunilor Unite și invita toate statele, toate organizațiile din sistemul Națiunilor Unite, precum și organizațiile neguvernamentale interesate să depună toate eforturile posibile în vederea pregătirii și marcării A.I.P. Obiectivul A.I.P. este „să dedice o durată determinată de timp concentrării eforturilor Națiunilor Unite și statelor membre în vederea promovării idealurilor de pace și să facă dovada atașamentului lor pentru cauza păcii în toate

modurile viabile”. A.I.P. reprezintă astfel o ocazie de a reflecta și acționa în mod creator și sistematic pentru îndeplinirea scopurilor Națiunilor Unite.

Întregul sistem al Națiunilor Unite, inclusiv agențiile specializate cu caracter social și economic, joacă un rol important în promovarea umanității. Dezastrul pe care l-ar produce un război nuclear, ținînd cont de numărul de oameni uciși, răniți și invalizi permanenți, depășește orice limită imaginară.

Marea forță acumulată în arsenalele nucleare mondiale depășește orice experiență anterioară a omenirii. În strădania sa de a sensibiliza opinia publică mondială la pericolul crescînd de război nuclear, sistemul Națiunilor Unite a încercat să exprime în termeni umani semnificația acestui potențial distructiv. De exemplu, Organizația Mondială a Sănătății a studiat efectele războiului nuclear asupra sănătății. Căderea unei bombe de o megatonă asupra unui mare oraș ar ucide peste 1,5 milioane de oameni și răni un număr egal. S-a estimat că un război nuclear „limitat”, purtat cu arme nucleare tactice de mai mică putere, care ar lansa 20 de megatone asupra unor obiective militare situate în zone relativ dens populate, s-ar solda cu aproximativ 9 milioane de morți și răniți. Într-un conflict nuclear global s-ar putea folosi cam 10 000 megatone de explozibili, ceea ce înseamnă moartea a circa 1,15 miliarde de persoane și rănirea sau traumatizarea a încă 1,1 miliarde,

respectiv că mai bine de jumătate din populația lumii ar cădea victimă conflictului din primul moment. Cealaltă jumătate din populația lumii ar fi victima unei morți lente, datorată bolii de radiație, temperaturilor extrem de scăzute, foametei și bolilor scăpate de sub control. Toate serviciile, inclusiv cele medicale, ar fi drastic afectate fie total inoperante, fie reduse la nivelul minim de supraviețuire.

Nu trebuie să uităm că războiul convențional este, de asemenea, un teribil pericol pentru omenire. Un vag indiciu a ceea ce ar însemna un conflict armat internațional major este furnizat de imensele distrugerii cauzate de al doilea război mondial, ca să nu mai vorbim de armele „convenționale”, mult mai distrugătoare, existente în prezent.

În afară de perspectiva anihilării totale, trebuie, de asemenea, luată în considerare colosală risipă de forțe umane și resurse destinate unor scopuri militare. Cheltuielile militare mondiale, estimate la circa o mie de miliarde de dolari anual, reprezintă de mai multe ori suma globală cheltuită pentru sănătate, educație și dezvoltare economică. Din studiile Națiunilor Unite reiese cu claritate că cheltuielile militare reprezintă principalul canal de epuizare a resurselor mondiale, având în vedere că aproximativ 50 milioane de persoane din întreaga lume lucrează, direct sau indirect, în domeniul militar. Această cifră include cam 20 la sută din oamenii de știință și inginerii calificați ai lumii și cam un sfert din toate cheltuielile pentru cercetare. Se estimează că ceea ce cheltuiește lumea pentru arme și trupe în mai puțin de trei ore echivalează cu sumele pe care Organizația Mondială a Sănătății le-a destinat eradicării variolei; suma cheltuită în jumătate de zi ar fi suficientă pentru a eradică malaria, maladie endemică în 66 de țări; suma cheltuită zilnic ar salva de la foamă 17 milioane de copii.

Statistici recente ale Națiunilor Unite indică, de asemenea, că un miliard de persoane trăiesc pradă foametei, mai bine de 900 milioane sînt analfabete, 2,8 miliarde nu dispun de apă potabilă și peste 1,4 miliarde de persoane sînt lipsite de asistență medicală.

Organizația Mondială a Sănătății și celelalte organizații specializate ale O.N.U. joacă un rol important în promovarea păcii. Organizația Mondială a Sănătății a luat o inițiativă odată cu adoptarea și difuzarea de către Adunarea Mondială a Sănătății a raportului intitulat „Efecte ale războiului nuclear asupra sănătății și serviciilor medicale”. Raportul face posibilă o mai bună înțelegere a ceea ce ar însemna un război nuclear pe planul sănătății, analizînd obiectiv amploarea distrugerilor, suferințelor și infirmităților umane. Ilustrînd puținătatea de acțiuni pe care serviciile medicale le-ar putea întreprinde pentru a trata victimele, atît în rîndul civililor cît și al militarilor, el încurajează identificarea mai activă a cailor de prevenire a războiului și întărește motivația căutării păcii.

În programul său de mare amploare, pentru bunăstarea ființei umane, pe care 150 de state l-au adoptat în 1977, intitulat „Sănătate pentru toți în anul 2000”, Organizația Mondială a Sănătății a subliniat interdependența dintre sănătate și pace, precum și importanța menținerii și promovării

păcii ca o condiție preliminară pentru aplicarea programului. Într-adevăr, bazele esențiale ale sănătății nu pot fi asigurate decît atît timp cît domnește pacea. Pacea crează condițiile necesare pentru obținerea de hrană și venituri adecvate, de educație elementară, condiții de locuit salubre, apă și condiții sanitare adecvate, siguranța locului de muncă și permite individului să joace un rol util în societate. Numai în condiții de pace poate exista dezvoltarea și utilizarea pleneră a capacităților fizice și mintale ale oamenilor astfel încît ei să facă față vieții în mod sănătos; numai astfel poate crește numărul de ani cît oamenii trăiesc netulburați de boli și infirmități majore, se poate reduce numărul de decese premature, sporind speranța de viață și reducînd mortalitatea copilului și mamei. Pacea permite tuturor țărilor și guvernelor să elaboreze politici generale în consonanță cu exigențele protejării sănătății, să desfășoare campanii împotriva acelor practici nocive cum sînt fumatul, abuzul de alcool și produse farmaceutice, a substanțelor chimice periculoase și acolo unde este cazul, împotriva folosirii drogurilor ilegale. De asemenea, pacea creează cadrul pentru îmbunătățirea condițiilor din mediul natural uman, prin reducerea poluării apei, aerului și hranei, a controlului asupra noxelor din așezările umane și din mediul de lucru, care amenință sănătatea omului, incluzînd substanțe chimice potențial toxice, radiații, zgomot, agenți biologici și contaminarea hranei. Pacea permite ameliorarea stării de sănătate, prin furnizarea de servicii adecvate de tratament și recuperare, pentru a satisface nevoile vitale ale populației, a preveni maladiile majore și a le elimina pe cele specifice, prin adoptarea de programe eficiente în domeniul sănătății și realizarea de progrese în domeniul tehnologiilor din sfera sănătății, prin dezvoltarea de noi echipamente și noi tipuri de terapie pentru a exinde capacitatea de diagnosticare corectă și de tratament eficient. Pacea permite, de asemenea, producerea de noi tipuri de medicamente, pregătirea și folosirea mai bună a personalului sanitar, ameliorarea calității serviciilor, legislației și reglementărilor sanitare, precum și difuzarea informațiilor științifice de interes în această sferă, într-un spirit de solidaritate internațională, în cadrul oferit de Organizația Mondială a Sănătății.

„Sănătate pentru toți” este un obiectiv care ar trebui atins cu necesitate pînă în anul 2000. Strădanțiile conjugate ale tuturor țărilor în acest domeniu vor asigura nu numai mai bună stare de sănătate, viața mai bună a popoarelor lumii, ci și reducerea tensiunii internaționale prin crearea solidarității și sprijinului reciproc în domeniul sănătății și prin creșterea înțelegerii și încrederii între națiuni, contribuind astfel la promovarea păcii, securității internaționale și cooperării.

În concluzia acestor remarci cu privire la un subiect de recunoscută importanță internațională, trebuie să reamintim eforturile României de a întrona pacea și cooperarea între toate țările, pentru a permite ca programul OMS, „Sănătate pentru toți în anul 2000”, să devină o realitate vie.

Noel D. EICHHORN
directorul Centrului de
Informare al O.N.U. pentru România

CE ȘTIȚI DEPRE CRUCEA ROȘIE?

La 4 iulie, anul acesta, s-au împlinit unsprezece decenii de cînd un grup de patrioți și umaniști români, avîndu-l în frunte pe inspectorul general al Serviciului sanitar al armatei, medicul general dr. Carol Davila, s-a întrunit la Eforia spitalelor civile din București (azi Spitalul „Colțea”) și a așezat prima piatră la temelia Crucii Roșii române, semnînd procesul verbal de constituire a acestei organizații.

Se cuvine, deci, să prezentăm omagiul nostru de recunoștință tuturor acelorora care, de-a lungul timpurilor, au dăruit Crucii Roșii, bineiului omenirii, pătărică lor de generozitate și omenie.

Dintre numeroasele exemple care aveau să anticipeze crearea Crucii Roșii, ne este deosebit de plăcut să amintim de inițiativa cunoscutului istoric român Aron Florian, care, în anul 1850, înființează asociații (reuniuni) de femei cu scopul „ajutorării fetelor române orfane, al căror părinți au căzut în timpul revoluției din 1848—1849 din Transilvania”. De asemenea, nu putem omite un alt moment din istoria universală, care a precedat pe cel al înființării Crucii Roșii — războiul Crimeei (1853—1856), în timpul căruia tînăra englezoaică Florence Nightingale, părăsind confortul ce i se oferea în înalta societate londoneză din care făcea parte și riscîndu-și viața în acțiunea umanitară ce o întreprindea, încheagă un mic grup de voluntari, fete și băieți, și în chip de infirmieră, străbate zile și nopți tranșeele, acordînd îngrijiri sutelor de răniți. În memoria acestei devotate infirmiere, avea să se institue mai tîrziu una dintre cele mai înalte distincții ale mișcării internaționale de Cruce Roșie, Medalia „Florence Nightingale”, care pînă în prezent a fost atribuită și unui număr de nouă românce dintre care trei — Elena Nichita, Ioana Crucescu și Aneta Nicolau — pot fi întîlnite și astăzi la acțiunile Crucii Roșii.

Miscarea de Cruce Roșie este legată de numele unui tînăr elvețian, Henry Dunant, care, aflat în-

timplător la Solferino (Italia), culesese „în direct” cele mai zguduitoare impresii privitoare la soarta răniților din războiul franco-italiano-austriac și prezentase ideile și propunerile sale de „ameliorarea soartei răniților și bolnavilor în armatele din campanie”, în celebra sa carte „O amintire de la Solferino”. Apărută la Geneva, în 1862, cartea face în scurt timp înconjurul lumii, devenind o vibranta chemare la solidaritate și întrajutorare umană, un mesager peste generații și spații geografice al idealurilor generoase ale Crucii Roșii.

Entuziasmul cu care ideile cărții sînt primite la Geneva este materializat de faptul că la 1 septembrie 1863 se înființează aici „Comitetul genevez pentru ajutorarea militarilor răniți în armatele din campanie” iar în luna octombrie a aceluiași an are loc o conferință a reprezentanților unor state europene. Cu acest prilej se adoptă o rezoluție, prin care toate statele sînt chemate să creeze condiții și să favorizeze înființarea pe teritoriile lor a unor societăți capabile să sprijine serviciile sanitare ale armatelor în campanie. Semnul distinctiv, sub care urma să acționeze personalul acestor organizații, va fi o cruce roșie pe fond alb, ca omagiu adus lui Henry Dunant, cetățean al Elveției, fără al cărei drapel național reprezintă o cruce albă pe fond roșu.

Un an mai tîrziu, la 22 august 1864, în cadrul unei conferințe diplomatice internaționale, reprezentanți a 12 state au semnat la Geneva prima „Convenție pentru ameliorarea soartei militarilor răniți din armatele în campanie”, consfințindu-se astfel nașterea Dreptului Internațional Umanitar aplicabil în timp de război.

Principiile fundamentale care au stat la baza creării și existenței Crucii Roșii îi conferă caracterul de unicitate care o distinge de alte organizații internaționale. Astfel, înființată din necesitatea de a ajuta fără nici o discriminare răniții de pe cîmpurile de luptă, Crucea Roșie este chemată să aline suferințele oamenilor în toate circumstanțele și împrejurările, nefăcînd nici o distincție de naționalitate, rasă, religie, condiție socială și apartenență politică, transpunînd în viață principiile





de **umanitate, imparțialitate, independență, caracter benevol, unitate și universalitate** (în sensul că toate societățile naționale sînt legate între ele și au sarcina de a se ajuta reciproc).

Următorul deceniu a fost marcat de aderarea la Convenție a unui număr de 22 de țări, iar apoi de înființarea unor noi Societăți, inclusiv în România, la 4 iulie 1876, așa cum aminteam la început.

O dată cu semnarea actului ei de naștere, grupul de inițiativă a lansat, în numele Crucii Roșii române, către întreaga populație a țării, un Apel în care cerea să contribuie cu ofrande la dotarea formațiunilor sale sanitare. Răspunsul a fost prompt și generos. Pe adresa Crucii Roșii române, pe atunci la Spitalul „Colțea” din București, soseau mii de scrisori, de dincolo de Carpați, și din toate provinciile locuite de români, prin care toate categoriile de cetățeni, începînd cu cei cu posibilități materiale modeste, se ofereau să dăruiască unor semeni aflați în suferință pătărica lor de generozitate și omenie.

Așa a fost posibil ca, la foarte scurt timp de la

înființare, Crucea Roșie română să trimită o ambulanță în sprijinul răniților din războiul turco-sîrb, ca răspuns la cererea Comitetului Internațional al Crucii Roșii, iar apoi să își aducă o contribuție de seamă, alături de Serviciul sanitar al armatei române, la îngrijirea răniților și bolnavilor din memorabilul război pentru cîștigarea independenței noastre naționale, din 1877—1878. Cot la cot cu soldații care luptau vitejește pentru cucerirea fiecărei redute, pînă în linia întâia, se aflau și membrii ambulanțelor Crucii Roșii române, care, prin devotamentul și abnegația cu care acționau, aveau să înscrie pagini de eroism.

Anii care au urmat cuceririi independenței de stat a României au însemnat și pentru Crucea Roșie română ani de continuă dezvoltare a activității sale în toate domeniile, în cursul cărora s-a realizat o bogată experiență. Pe baza acestei experiențe și-a adus o contribuție importantă, în cursul primului război mondial, precum și în perioada interbelică, perioadă în care a participat la campaniile antiepidemice și la acțiunile profilactice. Dezvoltînd activitatea sa din timp de pace,



mai ales o dată cu aderarea, în mai 1919, la Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie. Societatea de Cruce Roșie din România și-a acumulat treptat experiența și mijloacele de care avea nevoie. Ele au fost puse în acțiune în perioada interbelică și în timpul luptelor pentru eliberarea țării de armatele fasciste, Crucea Roșie română, împreună cu alte organizații și instituții ale vremii, contribuind la acordarea primului ajutor militarilor răniți, la alinarea suferințelor, la apărarea sănătății și vieții oamenilor.

După 23 August 1944, o dată cu transformările înnoitoare ce au avut loc în țara noastră, Crucea Roșie a evoluat treptat, de la o societate cu caracter filantropic limitat, impus de canoanele vechiului regim, la ceea ce este astăzi — o organizație de masă așa cum o definește Statutul adoptat de Congresul său din 1983: „Societatea de Cruce Roșie din Republica Socialistă România este o organizație de masă, voluntară, cu larg caracter obștesc, cu scopuri profund umanitate, care contribuie, prin forme specifice, la înfăptuirea politicii partidului și statului nostru, de apărare a sănătății poporului, precum și de ajutorare a cetățenilor care au suferit de pe urma calamităților naturale, catastrofelor și conflictelor militare... dezvoltă relații de colaborare cu societățile naționale din toate țările... pe baza principiilor independenței, egalității în drepturi, neamestecului în treburile interne, al respectului reciproc; militează pentru triumful păcii și prieteniei între toate popoarele lumii”.

Astăzi numărul membrilor Crucii Roșii române a depășit 7 milioane, reprezentând aproape o treime din întreaga populație a țării, fapt ce o situează printre cele mai largi organizații de masă care fac parte din Frontul Democrației și Unității Socialiste. În ateliere, secții, șantiere, unități economice și de învățământ, în instituții și localități

activează aproape 50 000 de organizații conduse de comisii și comitete de Cruce Roșie.

Caracterul obștesc al activității de Cruce Roșie este dat de faptul că peste o jumătate de milion dintre membrii săi fac parte în mod voluntar din grupele sanitare, din colectivele posturilor de prim ajutor, sint surori de Cruce Roșie sau membri ai organelor alese la toate nivelurile.

În acest cadru și cu aceste forțe Crucea Roșie reușește să-și aducă contribuția la înfăptuirea politicii sanitare a partidului și statului nostru, la apărarea sănătății și vieții oamenilor folosind formele și mijloacele sale specifice. „Aprecieri în mod deosebit — arăta tovarășul **Nicolae Ceaușescu**, secretarul general al Partidului Comunist Român, președintele Republicii Socialiste România, în Mesajul adresat Congresului Crucii Roșii din 1983 — aportul sutelor de mii de activiști obștești ai Crucii Roșii, care militează, cu pasiune și devotament, pentru apărarea sănătății și lărgirea orizontului de cultură sanitară a maselor, pentru promovarea spiritului umanist, de răspundere civică și întrajutorare umană în societatea noastră”.

Pe plan extern Crucea Roșie română, acționând în spiritul principiilor politicii externe a partidului și statului nostru, dezvoltă relațiile de colaborare și întrajutorare cu 130 de Societăți naționale de Cruce Roșie și Semilună Roșie de pe glob, fiind o prezență activă în cadrul organismelor internaționale ale Crucii Roșii.

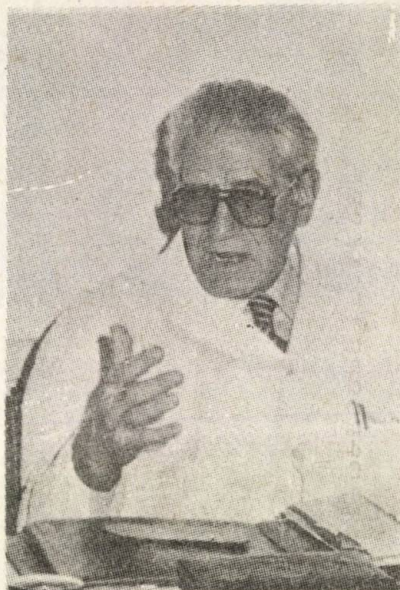
Putem afirma, deci, fără teama de a greși, că, deși Crucea Roșie română își aniversează 110 ani de existență, este tot mai tânără și mai prezentă în opera de edificare a societății socialiste multilateral dezvoltate înfăptuită pe pământul scumpei patrii.

Ion ȘERB

10 probleme
de sănătate
în
10 interviuri

BOLILE AUTOIMUNE LA INCIDENȚA DINTRE FACTORII GENETICI ȘI FACTORII DE MEDIU

Interviu cu prof. dr. doc. Ștefan BERCEANU
șeful Secției de hematologie a Spitalului
clinic „Fundeni”, București



Pe prof. dr. doc. Ștefan Berceanu este foarte greu să-l prinzi pentru un interviu. Pe lângă activitatea sa în secție, căreia îi acordă o deosebită atenție, pe lângă munca de cercetare, căreia îi este devotat de mai multe decenii, desfășoară și o apreciată activitate în foruri științifice internaționale, ca reprezentant de seamă al școlii românești de hematologie. A avut amabilitatea să-mi acorde câteva minute. De aceea, am intrat direct în subiect:

— Ce sînt bolile autoimune?

— Pe lângă complexa patologie hematologică, ce se raportează mai ales la alterarea funcției celulei sangvine și la alterarea funcțiilor măduvei, care produce aceste celule, conducînd la apariția bolilor maligne de sistem, a leucemiilor și limfoamelor, există în hematologia și imunologia actuală un capitol nou, dezvoltat în ultimii 30 de ani, care se ocupă de bolile numite autoimune. În aceste afecțiuni funcția imunitară, adică funcția care ne apără de agenții străini

prin producerea de anticorpi, deviază de la această planificare conținută în codul nostru genetic. În mod normal, pe baza unei funcții genetice, organismul recunoaște structurile străine lui, antigenele străine, și produce răspunsul imun. Anticorpul, imunoglobulina, se unesc în reacția antigen-anticorp cu antigena respectivă și anihilează factorul invadant — microb, virus, ciupercă sau alți paraziți. Această respingere se face deci pe baza capacității organismului de a produce anticorpi față de antigenele externe. Față de antigenele proprii (pentru că fiecare organism este un complex de celule și molecule cu antigene specifice) se naște o funcție tot imună, care se numește toleranța imunologică. Aceasta se bazează pe recunoașterea antigenelor proprii și pe admiterea și păstrarea lor în structura complexă a organismului. Un exemplu simplu de toleranță sau respingere în ilustrarea celor de mai sus îl constituie transfuzia de sânge. Toată lumea știe că nu se poate face transfuzie de sânge decît în sistemele compatibile, ceea ce înseamnă că fiecare organism, ca sistem, posedă sau fabrică anticorpi în raport cu globulele roșii,

pe care, în caz de incompatibilitate, le recunoaște ca străine și le distruge prin hemoliză. În caz de compatibilitate, adică atunci când globulele roșii injectate corespund grupei sanguine a individului, acesta le recunoaște ca atare, le admite, nu le mai distruge. Am ales acest exemplu simplu, legat de transfuziile de sânge, pentru că astăzi toată lumea cunoaște fenomenul de compatibilitate sau incompatibilitate al grupelor sanguine. În cazuri patologice însă, se poate întâmpla ca mecanismul genetic, foarte selectiv, care distinge celulele proprii, le tolerează și, în același timp, recunoaște celulele străine pe care le distruge, să sufere o anumită alterare, în sensul că nu mai poate recunoaște celulele sale proprii și produce reacții imune cu anticorpi față de propriile sale hematii. Dereglarea de care am vorbit până acum este specifică anemiei hemolitice autoimune, o boală de sânge destul de frecventă, în care se ajunge la stări foarte grave. Internăm uneori de urgență bolnavi cu 3 g de hemoglobină, la care, prin mecanismul descris mai sus, marea masă de hematii este distrusă de anticorpii proprii. Există însă și alte boli autoimune, în care organismul reacționează greșit față de țesuturi proprii și nu numai față de globulele roșii. Un asemenea exemplu este lupusul eritematos diseminat, o boală care se întâlnește mai des la femeile tinere, ce se produce ca urmare a unei adevărate ruperi de toleranță față de structurile nucleare ale celulei. Această prăbușire de toleranță duce la formarea de anticorpi anti-nucleo-proteici. Lupusul eritematos diseminat este diagnosticat tocmai prin punerea în evidență în laborator a prezenței factorului antinuclear care distruge nucleii celulelor proprii generând boala. Ca simptome majore, lupusul eritematos diseminat produce, pe baza complexului antigen-anticorpi, leziuni ale feței (o roșeață specifică), leziuni în încheieturi, în rinichi și pe cord. O altă boală autoimună, poliartrita cronică evolutivă, destul de frecventă și care duce la invalidități severe, se produce, de asemenea, printr-o dereglare a mecanismului de toleranță imună. În cazul acestei boli, foarte curios este faptul că organismul produce anticorpi nu față de celulă, ci față de o proteină, mai precis, față de o imunoglobulină, care este ea însăși un anticorpi. Imunoglobulina numită IgG se modifică în așa fel, încât nu mai este recunoscută de sistemul imun propriu, generând în cadrul acestuia o reacție imună de producere de anticorpi față de anticorpii proprii. Poliartrita cronică evolutivă are deci la bază o reacție anticorpică a anti-anticorpilor. Față de clasa IgG (clasă de anticorpi) organismul produce factorul reumatoid, un anticorpi de tip IgM, care provoacă niște complexe imune ce precipită și dau, în cele din urmă, boala prin autoanticorpi.

— Ce ne puteți spune despre cauzele acestor dereglări?

— Există întotdeauna un complex de cauze aflat la incidența dintre factorul genetic și factorii multipli de mediu. Pentru a înțelege mai bine acest lucru aș vrea să exemplific cu un alt grup de boli ale mecanismului de apărare imună.

Există boli în care, spre deosebire de cele arătate până acum, organismul își pierde capacitatea de a recunoaște antigenele străine, în infecții, de exemplu. În mod normal, numeroși factori patogeni, cum ar fi streptococul, stafilococul și mulți alții, sunt eliminați de sistemul imun al organismului, astfel că, deși venim în contact cu acești factori patogeni, nu ne îmbolnăvim sau facem o formă ușoară a bolii. La unele persoane, însă, această apărare este deficitară, în sensul că nu produce anticorpi față de factorii de agresiune microbiană sau virală exterioară, astfel că se mențin mult timp aceste antigene. Infecțiile microbiene sau virale trenante, netratate adecvat, solicită intens și pe o perioadă îndelungată mecanismul imun, generând apariția unor dereglări ale acestuia și, în ultimă instanță, bolile autoimune. Cauzele și mecanismele de producere a acestor boli sînt mult mai complexe. Am prezentat însă pe cele de mai sus pentru a arăta că în apariția bolilor autoimune este incriminat întotdeauna factorul genetic (pe care îl studiem acum cu mijloacele moderne ale imunologiei și geneticii), asociat însă și unor infecții de durată.

— Înțeleg că tratarea la timp și corect a infecțiilor microbiene și virale este de mare importanță, apărînd și ca factor de profilaxie, dacă putem spune așa, a bolilor autoimune. Aș vrea să vă întreb însă ce posibilități de tratament avem pentru aceste boli odată apărute?

— Posibilitățile de tratament de care dispunem astăzi sînt multe și pot spune că așteptăm, pe baza cercetărilor care se fac, să fie și mai multe. În momentul de față, în bolile autoimune la care ne-am referit (lupusul eritematos diseminat, anemia hemolitică autoimună și poliartrita cronică evolutivă), aș putea spune că noi tratăm efectul și nu cauza, adică leziunea renală sau cea articulară. Căutăm să înlăturăm sau să diminuăm aceste leziuni prin folosirea unor medicamente antiinflamatorii, cum ar fi corticoizii, în special Prednisonul și alte substanțe cu acțiune antiinflamatorie. Tratamentul ideal ar fi însă unul de combatere a cauzel, adică de tratare a dereglării mecanismului imun. Se știe în momentul de față că în bolile autoimune există o dereglare a sistemului limfoid. Organismul uman posedă sisteme limfoide care ajută reacția imună și sisteme limfoide care inhibă această reacție imună. Acelea care inhibă sînt reprezentate de limfocitul Ts (T supresor). Limfocitul Ts este scăzut în bolile autoimune, fiind în schimb accentuat limfocitul Th (T helper), cel care ajută răspunsul imun neadecvat, generînd boala autoimună. Acest Th ar trebui inhibat. Sintem, în momentul de față (în multe laboratoare din lume se lucrează în acest sens), în situația de a folosi modulatori imuni, adică factori care să crească acțiunea Ts-ului și să scadă acțiunea Th-ului. Acesta este, după părerea mea, obiectivul optim: terapia biologică în domeniul bolilor autoimune.

— Am putea spune, deci, că soluția, cheia problemei se află în miinile biochimicilor și geneticienilor?

- Problema fiind, după cum cred că v-ați dat seama, deosebit de complexă, soluția nu poate veni din direcția unei singure discipline. Găsirea ei presupune colaborarea interdisciplinară multiplă în cercetare și terapie, asocierea eforturilor biochimistilor, hematologilor, geneticienilor, imunologilor și medicilor care se ocupă direct cu tratarea acestor boli. Faptul că la noi în țară se depun eforturi concentrate în direcția celor de mai sus poate fi evidențiat de existența mai multor colective de cercetare care se preocupă de problemele fundamentale ale imunologiei. De exemplu, în afara colectivului nostru, există colectivul condus de prof. dr. Ion Moraru de la Institutul „Victor Babeș”, un altul la Centrul de hematologie. Consider că într-un viitor apropiat vom putea răspunde cerinței fundamentale despre care vorbeam: găsirea modulatorilor imuni și, corespunzător, tratarea pe cale biologică și genetică a bolilor autoimune.

— V-ați referit la viitor în tratamentul bolilor autoimune. Există, acum, la sfârșit de mileniu, obiceiul de a face trimiteri la anul 2000 ca la un punct de referință pentru planurile și realizările noastre. Anul 2000 nu este prea departe, de aceea aș vrea să vă întreb care sînt perspectivele hematologiei și imunologiei raportate la acest parametru, desigur, convențional?

- Avem un plan de cercetare concretizat pe etape bine stabilite în perspectiva perioadei 1990-2000. Unul dintre obiectivele principale ale acestui plan este tocmai introducerea în ritm rapid a rezultatelor cercetării fundamentale în practica medicală. De exemplu, să tratăm cancerul restabilind imunitatea și reversibilitatea celulei maligne în celulă normală, să tratăm bolile autoimune introducînd modulatorii imunologici și, mai ales, să tratăm dereglările genetice. De altfel, un capitol important al activității noastre, despre care nu am vorbit, legat de preocupările imunologiei, îl constituie bolile genetice. Ele sînt numeroase și în sfera hematologiei. Există boli hemoragice, cum este hemofilia, boală de care ne ocupăm de multă vreme. În boala aceasta se știe că lipsește un factor sangvin, factorul VIII, factor biochimic important în producerea coagulării. Fenomenul natural al coagulării (pe care îl moștenim genetic) este foarte complex. În cele mai simple cazuri sau tăieturi se produce coagularea singelui, care oprește hemoragia; se produce, așa cum se spune, un chiag. Pentru producerea acestuia, în sistemul genetic de coagulare are loc conlucrarea a 13 factori. Carența unuia dintre acești factori, în cazul de față lipsa factorului VIII (factorul antihemofilic în hemofilia de tip A) sau a factorului IX (factorul antihemofilic în hemofilia de tip B), produce boala. Avem numeroși pacienți cu această boală. Hemofilia este o boală genetică moștenită, cu implicații organice foarte serioase. În cadrul ei se produc hemoragiile ale organelor interne sau revărsări de sînge în încheieturi; bolnavii sînt handicapați. Din această cauză, boala are și implicații sociale. Pentru ca să nu prolifereze este necesar să se intervină în perioada prenatală; sînt necesare

sfaturi genetice deosebite și, de asemenea, pentru copiii bolnavi este nevoie de o școlarizare specială, în care să fie pregătiți pentru profesiuni netraumatizante. La noi există de vreo 10 ani o școală pentru orientare și pregătire profesională adecvată. Problema pe care o considerăm centrală în cercetările noastre, și ale cărei soluționări le așteptăm în perspectiva anului 2000, este aceea de a pune la punct posibilitatea de a corecta genetic această maladie, bîzîndu-ne pe faptul că am reușit să cunoaștem unde este gena care controlează acești factori VIII și IX despre care am vorbit. În momentul de față, există deja în ingineria genetică posibilitatea transferului de gene cu care să corectăm tendința genetică către boală. În același sens, aș vrea să mă refer pe scurt la o clasă întreagă de boli, așa-zisele hemoglobinopatii. Există copii care se nasc cu hemoglobină patologică. Hemoglobina, această substanță care dă stabilitate globulelor roșii și care face ca să trăiască 120 de zile, menținîndu-se o masă de globule roșii normale și constante, este de mare importanță pentru starea de sănătate. Există însă mutații care fac să apară, la anumiți indivizi, diferite tipuri de hemoglobină patologică. La acești bolnavi singurul tratament posibil, deocamdată, este transfuzia de sînge. În afara condițiilor specifice de compatibilitate sanguină, de necesitatea unei cantități mari de sînge, transfuzia făcută permanent are dezavantaje mari pentru organism: are loc o depunere a fierului, o încălzire cu fier a întregului organism, ceea ce predispoze la ciroză, scleroză cardiacă sau scleroză pulmonară. În sfera hemoglobinopatiilor putem include și cazurile de talasemie. Talasemia este, în esență, tot o boală a genezei hemoglobinei. Ea se manifestă în forme blinde, adesea neobservabile pentru individ, atunci cînd este moștenită doar de la unul dintre părinți (talasemia heterozigotă). Cînd talasemia este moștenită de la ambii părinți este o boală severă, rezultată din combinația a două gene talasemice (talasemia homozigotă). Deocamdată, în fața acestei boli nu avem decît posibilitatea unei profilaxii genetice, care constă în recomandarea expresă ca un bolnav cu talasemie din prima categorie la care ne-am referit, știînd că este bolnav, să nu contracteze o căsătorie cu un partener care suferă și el de această maladie. Din păcate, adesea partenerii află prea tîrziu că au talasemie, adesea după ce copilul bolnav s-a născut. Ar trebui să acordăm deci o mai mare atenție acestei profilaxii genetice, cu mari implicații sociale, tocmai pentru că este în prezent singura noastră armă în fața unei boli genetice grave. Așteptăm ca cercetarea fundamentală să ne ofere în viitorul cît mai apropiat posibilitatea de a interveni pe gena care provoacă tulburările talasemice și să le corectăm. V-am dat cîteva exemple din care aș dori să rezulte că avem în față un cîmp larg de cercetare și că ne punem mari speranțe în posibilitatea noastră de a interveni pe cale biologică în profilaxia genetică și în tratamentul bolilor autoimune și al celor genetice.

— Vă mulțumesc.

Constantin POPOVICI

NU EXISTĂ REUMATISM, CI PESTE 100 DE BOLI REUMATISMALE



Interviu cu prof. dr. doc. Ștefan ȘUTEANU,
șeful Clinicii medicale
a „Spitalului Dr. I. Cantacuzino”, București

- Cunoșcînd cercetările pe care le întreprin-
deți în legătură cu bolile reumatismale, ne
adresăm dv, stimate tovarășe profesor, pentru
a desluși cîteva din aspectele acestor maladii.
Iată, se vorbește mult despre cancer, mulți
bolnavi așteaptă cu speranță descoperirea
cauzei și a unui tratament eficient, dar, deși
sînt mult mai mulți reumatici decît bolnavi de
cancer, foarte puțini știu că — în afară de reu-
matismul articular acut, determinat de strepto-
cocus hemolitic — nu sînt cunoscute cauzele
celorlalte boli reumatismale. Se presupune că
determinante ar fi unele perturbări imunolo-
gice sau, ca în cazul spondilitei anchilozante,
predispoziția genetică. Ce arată ultimele cer-
cetări și, în consecință, eventual, către ce di-
recții se îndreaptă, în momentul de față, terapia
bolilor reumatismale?

- În întrebarea pe care mi-ai pus-o, ai afir-
mat că există mulți bolnavi reumatici și ai vor-
bit despre „boli reumatismale”. Este un lucru in-
suficient cunoscut că nu există „reumatism” (ca
boală unică), ci numeroase „boli reumatismale”,
peste 100 la număr. Deci, nu se poate vorbi des-
pre „cauzele reumatismului” ci despre cauzele
bolilor reumatismale, care sînt, ele însele, ex-
trem de numeroase și numai parțial cunoscute.

În cazul spondilitei anchilozante o importanță
deosebită are predispoziția genetică, ce reiese
din constatarea că aproximativ 90-95 la sută din
bolnavi aparțin grupului de histocompatibilitate
HLA-B₂₇ în poliartrita reumatoidă și în bolile în-
rudite este incriminat rolul virusurilor, a căror
agresiune este urmată de modificări imunolo-
gice, care, autoîntreținîndu-se, duc la leziunile
articulare și extraarticulare caracteristice. În ar-
troze, care sînt cele mai răspîndite boli reu-
matismale, sînt incriminați factori traumatici, me-
tabolici și endocrini.

Tendința actuală este de a realiza un diagnos-
tic precoce al bolilor reumatismale, urmat de
tratamentul adecvat, diferențiat în funcție de ca-
dru nosologic căruia îi aparține fiecare bolnav
în parte. În foarte multe maladii reumatismale își
găsesc întrebuintare medicamentele antiinflama-
toare nesteroidiene, care își bazează efectul te-
rapeutic util prin acțiunea lor antiinflamatoare,
analgetică și antipiretică.

- Și factorii metabolici au rol în apariția ar-
trozei. Influențîndu-i, această boală va putea fi
prevenită, ca și guta, de exemplu?

- În producerea artrozei intervin factori com-
plecși și anume traumatismele (fie microtrauma-
tismele, fie traumatismele propriu-zise, urmate
de fracturi și luxații), tulburările de statică, fac-
torii endocrini și metabolici, tulburările circula-
torii. Factorii metabolici nu au importanța celor
din guta, în care hiperuricemia are un rol pre-
dominant, dacă nu exclusiv. În artroze este cunos-

cut rolul dislipidemiei, în primul rînd al hiperco-
lesterolemiei. Deci, prin combaterea acestor tul-
burări ale grăsimilor singelui, se poate preveni —
parțial — apariția artrozelor. Dar corectînd toți
factorii ce intervin, într-adevăr, această boală
poate fi prevenită.

- În general, sînt considerate boli reuma-
tismale doar cele ce afectează articulațiile.
Dar sînt și în afara articulațiilor, numite abarti-
culare. Printre ele, periartrita scapulo-hume-
rală, în producerea căreia leziunile degenera-
tive ale tendoanelor au o importanță deose-
bită. Pot fi prevenite aceste leziuni?

- Periartrita scapulo-humerală este o boală
foarte frecventă, fiind înînlînită mai ales la indi-
vizii de peste 40 de ani. În cadrul etiopatogeniei
periartritei scapulo-humerale, un rol important
are procesul de uzură al tendoanelor umărului,
la care se adaugă cel inflamator. În accelerarea
leziunilor degenerative și în producerea inflama-
ției, care contribuie la generarea tabloului clinic
caracteristic, au fost incriminate: traumatismele,
microtraumatismele (în anumite profesii), expu-
nerile la frig și factorii nervoși. În ceea ce privește
rolul factorilor nervoși, mai bine cunoscut
în ultima vreme, se subliniază frecvența cu care
apare periartrita scapulo-humerală în afecțiuni
ale sistemului nervos periferic (nevralgia cervi-
cobrahială, zona Zoster), în afecțiuni ale siste-
mului nervos central (accidentele vasculare cere-
brale, traumatismele craniene), ca și în unele
afecțiuni ale organelor intratoracice, pe cale re-
flexă (angina pectorală, infarctul miocardic).
Prevenirea periartritei scapulo-humerale poate fi
realizată prin evitarea sau corectarea factorilor
amintiți mai sus.

- Nevralgiile, de exemplu cele sciatică, intră
și în preocupările neurologilor. Sînt două mo-
duri diferite de abordare sau se completează?

- Nevralgia sciatică este o suferință deosebit
de frecventă, ce afectează persoane de vîrstă
medie, în activitate, predominant de sex mascu-
lin. Nevralgia sciatică este studiată de internști,
reumatologi, ortopezi, neurologi, neurochirur-
gi, balneofizioterapeuți, radiologi. În cazul marelui
majorității a bolnavilor (la peste 90 la sută din
ei), cauza nevralgiei sciatică este hernia de disc
lomboasă. Medicul internist fie că are sau nu pre-
ocupări pentru reumatologie, pe baza unui exa-
men clinic și a radiografiei coloanei lombare for-
mulează diagnosticul și recomandă tratamentul
corespunzător, medicamentos și balneofizical.
La o parte din bolnavi durerea din regiunea lom-
bară, iradiată pe traiectul nervului sciatic, este
însoțită de scăderea sensibilității și a forței mus-
culare. În acest caz se impune colaborarea reu-
matologului cu neurologul, iar dacă se întrevide
necesitatea tratamentului chirurgical, cu neurochi-
rurgul.

- Durerea este unul dintre principalele simptome în bolile reumatismale. Combaterea ei nu duce la o evoluție „tăcută” a bolii?

- Medicul ce tratează bolnavii reumatici își propune să le ușureze suferințele, combătând durerea; totuși, în ciuda acestui obiectiv important al activității sale curative, el nu trebuie să scape din vedere faptul că durerea are și un rol pozitiv, de semnalizator al unui proces patologic. Or, combătând durerea prin medicamente analgice, în doze mari și timp îndelungat, este înlăturat acest semnalizator și bolnavul tinde să folosească în mod excesiv articulația bolnavă, favorizând agravarea leziunilor artrozice. Deci, recomandând pondere și prudență în utilizarea analgeticelor la bolnavii artrozici.

- Aproape toate medicamentele antireumatice au serioase efecte secundare, unele foarte grave, începând cu tulburările digestive și terminând cu cele oculare. Nu există și medicamente fără aceste efecte?

- Nu. Majoritatea medicamentelor antireumatice au numeroase efecte secundare, în primul rând digestive. La întrebarea dv. privind existența unor tratamente lipsite de efecte secundare, răspunsul este categoric negativ. Aceasta nu înseamnă că efectele secundare ale medicamentelor antireumatice nu pot fi diminuate, chiar evitate. Pentru realizarea acestui obiectiv, avem mai multe mijloace. În primul rând medicul care prescrie aceste medicamente trebuie să țină seamă de contraindicații; astfel, bolnavilor care au suferit de ulcer gastric sau duodenal nu li se vor administra medicamente antireumatice. În al doilea rând, este bine ca aceste medicamente să se administreze numai după mese, efectul lor iritant pentru stomac fiind mult mai mic în aceste condiții. În al treilea rând, tratamentul antireumatic poate fi dublat de un tratament de protecție a mucoasei gastroduodenale, cu preparate antiacide. În sfârșit, printr-o supraveghere atentă a bolnavilor tratați, se sesizează din timp apariția unor efecte secundare și prin întreruperea administrării acestor medicamente se împiedică agravarea lor.

- Ați arătat și cu alte prilejuri limitele și riscurile medicației steroide. Totuși, pentru descoperirea cortizonului s-a primit Premiul Nobel.

- Pentru faptul că a contribuit la descoperirea cortizonului medicul american Hensch a primit Premiul Nobel. El folosisese acest medicament nou în tratamentul unor bolnavi cu poliartrită reumatoidă. Preparatele cortizonice au fost folosite în multe alte boli, contribuind deseori la salvarea vieții unor bolnavi. Acest lucru nu înseamnă, însă, că hormonii corticoizi nu prezintă anumite riscuri și că utilizarea lor nu trebuie limitată, datorită faptului că, pe lângă efectul terapeutic, ei au și numeroase efecte secundare, unele grave. De aceea, medicul reumatolog trebuie să gindească mult, în cazul fiecărui bolnav și dacă efectul terapeutic scontat depășește riscul efectelor secundare, el va prescrie tratamentul cortizonic, pe care îl va supraveghea cu multă atenție.

- Pentru „pastila” minune care va vindeca reumatismul, pastilă ce încă nu a fost realizată, dar, cu siguranță, va fi într-o zi, ce păru-vă aveți, se va acorda un nou Premiu Nobel?

- Având în vedere că există numeroase boli reumatismale, nu se poate vorbi de „vindecarea reumatismului” ci, eventual, de vindecarea bolilor reumatismale. Ținând seama de complexitatea etiopatogeniei acestor boli, cu mare probabilitate nu se va putea descoperi o „pastilă minune”, care să le vindece, ci se vor face eforturi pentru cunoașterea exactă a cauzelor și pentru îmbogățirea arsenalului terapeutic antireumatic.

- „Bătrina” Aspirină trăiește o a doua tinerețe, în timp ce relativ „nou-născuții” Fenilbutazona, Brufenul, etc au indicații foarte limitate. Care este, de fapt, locul Aspirinei în tratamentele antireumatismale?

- Aspirina este folosită în practica medicală de aproape 100 de ani. Ea reprezintă și astăzi unul din principalele medicamente antireumatice, în ciuda faptului că în ultimele decenii au mai fost decoperite zeci de noi substanțe; unele dintre acestea au fost abandonate la scurtă vreme după folosirea lor, altele sînt utilizate și astăzi; tendința actuală este de a avea la dispoziție un număr rezonabil de medicamente antireumatice, pe care medicul specialist să le folosească cu discernămint, ținînd seamă de faptul că răspunsul la tratament, la un anumit medicament, este variabil de la un bolnav la altul. În cadrul acestui arsenal, Aspirina deține încă un rol principal, în ciuda „virstei” ei înaintate. Folosită în cazul bolnavilor care nu prezintă contraindicații (principală constituind-o ulcerul gastro-duodenal), administrată după mese, eventual în asocieri cu unele antiacide, are un efect terapeutic util, deși cu un preț de cost deosebit de modest. Noile preparate de Aspirină fie cele efervescente, fie cele tamponate sau enterosolubile au o toleranță superioară, ceea ce mărește utilitatea acestui vechi antireumatic.

- Mulți reumatici pleacă vara la mare sau în alte stațiuni ca să facă plajă și băi de nămol. Care ar fi explicația efectului binefăcător al acestor forme terapeutice?

- Curele balneare în stațiuni cu profil de reumatologie (Felix, Herculanu, Eforie Nord, Eforie Sud, Techirghiol, Mangalia, Bazna, Lacul Sărat - (Brăila), Amara, Pucioasa, Ocna Sibiu și multe altele) sînt indicate în numeroase boli reumatismale, în special în reumatismul cronic degenerativ, și cel abarticular. Indicația curei balneare este stabilită numai de medic, care ține seamă de afecțiunile existente ce ar putea constitui contraindicații. Eficacitatea curelor balneare este sigură, la ea contribuind în primul rând efectul terapeutic al diverselor substanțe chimice, pe care le conțin apele și nămolurile; în al doilea rând, intervine efectul favorabil al căldurii (ne referim la „băile calde”), al mișcării (gimnastica medicală, chinetoterapia în piscină), al diversilor agenți fizici (ultrasunete, ultrascurte, curenți diadinamici etc). Măsurile igienico-dietetice, tratamentul medicamentos și atența supraveghere medicală, contribuie la ameliorările obținute de bolnavii reumatici prin curele balneare pe care le efectuează în frumoasele noastre stațiuni balneare.

- Vă mulțumim pentru interviul acordat și vă urăm succes în activitatea dv., dedicată alinării suferințelor celor bolnavi.

Lucian HUBAN

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ JUVENILĂ

— interviu cu conf. dr. doc. Mihai MORONESCU,
șeful Clinicii medicale cardiologie
a Facultății de medicină din Craiova

— Dacă până în urmă cu 15 ani hipertensiunea arterială (HTA) esențială (de cauză necunoscută) era considerată ca o raritate la copil și adolescent, astăzi este diagnosticată din ce în ce mai frecvent, fără să se cunoască exact proporțiile ei față de HTA secundară (de cauză cunoscută). Cum se explică acest fenomen?

— Frevența HTA juvenile a fost apreciată în anul 1975 între 15 și 95 la sută pentru ca în anul 1980 criteriile de diagnosticare să fie mai riguroase, deplasind incidența spre o zonă mai restrinsă între 0 și 21 la sută; acest larg evantai pare justificat în bună parte printr-o serie întreagă de factori, dintre care: criteriile diferite de identificare a HTA juvenile, variațiile de la o țară la alta și cele legate de sex sau greutate corporală, condițiile în care se măsoară tensiunea arterială, dimensiunile necorespunzătoare ale manșetei tensiometrului sau o defectă ajustare a acesteia pe braț.

— Ce nivele ale H.T.A. sunt luate în considerare?

— Referitor la nivelele presiunii arteriale, valorile de 140/90 mm Hg. considerate la adult ca limite superioare normale, pot fi patologice pentru copil și adolescent fiindcă la aceștia presiunea arterială crește progresiv cu vîrstă, de la 1 la 18 ani. Studiile privind tensiunea arterială normală la copil și adolescent sînt multiple, dar un punct de vedere comun nu este încă precizat. Spre deosebire de adulți, unde Organizația Mondială a Sănătății a stabilit limite indiferent de vîrstă, la copil și adolescent elementul „vîrstă” rămîne un criteriu în aprecierea limitelor normale. Fiindcă diferențele sînt uneori apreciabile între valorile tensionale raportate de diverse studii, este indicat ca medicul să nu se orienteze după un singur studiu, care poate este chiar neadecvat țării sale. De aceea, în 1982, se formulează recomandări foarte simplificate destinate practicii medicale, derivate din diverse studii, după care valorile tensionale normale între vîrsta de 2 și 16 ani pot fi următoarele: între 2 și 6 ani = 105-110/70-75 mm Hg., între 7 și 10 ani = 110-115/75 mm Hg., iar între 11 și 16 ani = 120-140/75-85 mm Hg. În ceea ce privește hipertensiunea arterială „de graniță” (care depășește tensiunea diastolică de 90 mm Hg.), ea este întil-



nită în 1 la 5 la sută din cazuri la copiii sub 14 ani și în 10 la 20 la sută din cazuri la cei peste 14 ani, putînd evolua în 15 la sută din cazuri spre o HTA veritabilă, iar în 35 la sută din cazuri fiind numai o etapă tranzitorie.

— După opinia dv., care sînt factorii cauzatori actuali?

— Factorii de risc incriminați în HTA juvenilă se referă la rolul factorului familial, obezității sodiului stresului și fumatului.

În ceea ce privește factorul familial, ideea de bază, comună tuturor studiilor amintite, este că HTA esențială debutează adesea de la vîrsta copilăriei și că factorul familial (genetic) nu poate fi subestimat, el putînd fi argumentat prin: anchete familiale (după care în 50 la sută din cazuri se admite o transmitere a unei predispoziții ereditare pe linie maternă, în 25 la sută din cazuri pe linie paternă și în 70 la sută din cazuri dacă ambii părinți sînt hipertensivi); studii pe gemeni monoziگوți (unde presiunile arteriale sînt strîns corelate) sau pe gemenii dizigoți (unde sînt mai puțin concordante), sau corelația mai strînsă a presiunilor arteriale la frați față de copiii fără legătură familială, sau lipsa de relație între presiunea arterială a copiilor adoptați cu cea a părinților adoptivi, toate aceste date atestînd prezența unei transmiteri ereditare dominante; date experimentale pe animale (despre care se știe că nu fac hipertensiune spontană) au permis selectarea și constituirea unui grup de animale hipertensive.

În ceea ce privește relația obezitate - HTA există încă din copilărie, hipertensiunea arterială fiind de 3-8 ori mai frecventă decît la cei subponderali. Se admite că obezitatea constituie un factor de permanetizare a HTA la copil; or, dacă obezitatea apare în perioada pubertară, ea s-a constituit progresiv din primii ani de viață și foarte adesea în familia de obezi. De fapt, într-un studiu efectuat în anul 1985 se ajunge, din păcate, la concluzia că obezitatea copilului este greu surmontabilă, dificultățile fiind de motivații și rezistente conștiente sau inconștiente atît din partea copilului, cît și a membrilor de familie. Actualmente se admite că dezvoltarea țesu-

tului adipos (grăsos) la copil începe în perioada dintre a 30-a săptămână de gestație și sfîrșitul primului an de viață (perioada sensibilă), fiind condiționată de factori interni (hormonul somatotrop) și factori externi nutriționali, factori ce vor condiționa la distanță numărul de adipocite (celule ale țesutului grăsos) la vîrsta adultă; cu alte cuvinte, supraalimentația infantilă precoce ar fi un factor de hiperplazie adipocitară definitivă (creștere a numărului de adipocite).

Este binecunoscut rolul sodiului (Na) care are un efect presor (hipertensiv), pe de o parte prin hipervolemie (creșterea volumului sanguin), pe de altă parte prin îngroșarea pereților arterioli cu micșorarea concomitentă a calibrului vascular și creșterea sensibilității acestuia la acțiunea catecolaminelor (substanțe presoare). Este cunoscut, de asemenea, deficitul genetic în prostaglandine (substanțe de natură lipidică secretate de țesutul renal) cu rol în eliminarea sodiului a căror absență duce la retenția de sodiu cu apariția hipertensiunii arteriale, precum și sensibilitatea genetică la sare a unor indivizi. În anul 1979 s-a pus în evidență la om o anomalie a membranei eritrocitare (globula roșie) constind într-o intrare anormală importantă de sodiu în hematie, prin perturbarea unui sistem de transport al sodiului. Acest fenomen a fost găsit la 50 la sută dintre copii, cînd un singur părinte este hipertensiv, și la 75 la sută, dacă ambii părinți sînt hipertensivi. Aceste date atestă valoarea unui regim hiposodat (sărac în sodiu), în special la copiii ai căror părinți sînt hipertensivi.

Stresul rămîne un factor de risc de care nu sînt scutiți nici copiii sau adolescenții, el acționînd prin creșterea frecvenței cardiace și a presiunii arteriale, fiind demonstrată experimental corelația dintre variațiile tensionale și ale excrețiilor de catecolamine (substanțe presoare) în situații stresante. Manifestările cronice la stres sînt frecvent întîlnite la subiecții tineri supuși la un stres de cursă lungă (probleme școlare, decepții afective, situații familiale) producînd la cei cu o hiperreactivitate beta-adrenergică (sensibilitate deosebită vasculară) astenie neuro-circulatorie, cord iritabil sau eretism cardiac. Manifestările acute la stres (examene, concursuri, tratamente dentare, vizionarea meciurilor de fotbal cu miză mare...) se pot solda cu paroxisme hipertensive la tinerii cu o reactivitate particulară vasculară. În aceste situații medicamentele beta-blocante (de exemplu, Propranololul) pot normaliza presiunea arterială sau frecvența cardiacă, înlăturînd anxietatea (tracul, emoțiile), fără să compromită capacitățile intelectuale sau reflexele individului, motiv pentru care sînt preferate sedativelor sau anxioliticele.

Obiceiul de a fuma este răspîndit astăzi în rîndurile adolescenților, cel mai puternic stimul la fumat pentru acesta fiind exemplul părinților. Se estimează că adolescenții care fumează numai două țigări pe zi "pentru a vedea cum este", au în 70 la sută din cazuri riscul de a fuma toată viața. Adolescenții hiperreactivi (cei predispuși la HTA) au după fumat un răspuns presor excesiv cu o scădere acută a calibrului vascular (artere retiniene), iar cei ai căror părinți sînt hipertensivi prezintă după fumat o creștere exagerată a pulsului și tensiunii arteriale „prin mobilizarea epinefrinei și norepinefrinei din țesutul cromafin, din ganglioni și din jurul vaselor. Și nicotina este, indiscutabil, nocivă, fiind la originea tahicardiei (pulsului accelerat) și a hipersecreției de catecolamine (substanțe hipertensive).

- Pe cititorii noștri i-ar interesa măsurile profilactice și terapeutice.

— Măsurile profilactice și, mai ales, cele terapeutice constau în evitarea factorilor de risc (excesul ponderal, consumul exagerat de sodiu, stresul psiho-emoțional) și în efectuarea controlului periodic al tensiunii arteriale la 6 sau 12 luni al copiilor și adolescenților cu valori tensionale la limita superioară a normalului (HTA „de graniță”). Dacă valorile tensionale persistă, se vor face investigații de laborator pentru depistarea unei eventuale cauze într-un stadiu cît mai precoce; în aproximativ 50 la sută din cazuri se descoperă o cauză de HTA secundară, care se rezolvă chirurgical sau prin tratament medicamentos.

Tratamentul conservator al HTA esențiale sau secundare a copilului și adolescentului nu diferă de cel al adultului. El constă în reducerea greutății corporale, a consumului crescut de sare și în administrarea de hipotensoare (diuretice, vasodilatatoare și medicamente cu acțiune pe sistemul nervos central), care vor fi adaptate la greutatea corporală a subiectului. Copiii reacționează însă altfel decît adulții și se pare că anumite efecte secundare, bine cunoscute, ale unor hipotensoare (diuretice, betablocante) sînt mai importante decît la adulți. Durata tratamentului este „pe viață”, sub supravegherea medicului, singurul în măsură să modifice medicația. Scopul tratamentului este de a preîntîmpina apariția HTA esențiale la cei predispuși, iar în caz de permanentizare a HTA să preîntîmpine apariția complicațiilor vasculare ale HTA (cerebrale, cardiace sau renale).

— **Vă mulțumim.**

Nicolae MEDIANU



PROBLEME ACTUALE ÎN TERAPIA CARDIOLOGICĂ DE URGENȚĂ

interviu cu prof. dr. doc. Costin CARP,
șeful Clinicii de cardiologie
a Spitalului clinic „Fundeni”
București



— Stimate tovarășe profesor, într-un moment în care în întreaga lume se înregistrează o creștere a numărului de urgențe în cardiologie, mai ales la vîrste tinere, ce probleme se pun specialistului confruntat cu situații multiple și înconjurat de o tehnologie extrem de sofisticată?

— Tehnologia modernă nu a adus alte cerințe. Medicul folosește în primul rînd datele observației, ale examenului clinic deoarece, obținute direct de la bolnav, ele au o valoare maximă în realizarea rapidă a diagnosticului și a luării unor decizii terapeutice imediate și adecvate. Nu trebuie diminuată nici valoarea examenelor de laborator sau a datelor oferite de aparatura medicală ce aduc informații exacte pe care, uneori, nu le puteam obține prin examenul clinic. Dar utilizarea acestora trebuie făcută cu discernămint și în corelație cu datele clinice.

— Ce relevă statistica actuală în domeniul cardiologiei de urgență (infarct miocardic, angină pectorală, edem pulmonar acut, insuficiență cardiacă decompensată, cord pulmonar cronic...)?

— O creștere a numărului de urgențe. Dar stările de mare urgență în cardiologie trebuie să le privim sub mai multe aspecte: stări ce generează o mare mortalitate fără tratamentul specific intens, uneori aplicat imediat, de exemplu, fibrilația ventriculară, șocul cardiogen, edemul pulmonar acut, tamponada pericardică; boli care trebuie tratate și urmărite în unități coronariene sau de urgențe cardiovasculare, cum sînt infarctul miocardic, accidentele vasculare cerebrale, boli care netratate corect și la timp pot evolua spre forme sau stări mai grave și chiar spre moarte subită. În această categorie putem include angina pectorală instabilă, tahicardiile ventriculare, tahiaritmiile din Sindromul „WPW” și altele.

Observăm la unele urgențe, caracterul de gravitate maximă, la altele elementul de agravare și pericolul morții subite iar la altele potențialul apariției complicațiilor. Aceste aspecte impun organizarea asistenței de urgență în ambulator, la nivelul populației, cu înființarea de ambulanțe speciale, cu personal instruit și aparatură necesară. De asemenea, este necesară întărirea unităților coronariene din spitalele mari în vederea

tratării optime a marilor urgențe cardio-vasculare.

— După părerea profanilor orice durere preeordială este o urgență. Ce înțelegeți dv., specialiști, prin urgențe în cardiologie?

— Sînt semnificative durerile din zona inimii cu caracter constrictiv, de greutate, arsură, ce persistă mai mult de 10-15 minute și care nu răspund la administrarea de nitroglicerină sublingual. Este considerată o urgență în cardiologie acea stare generată de o afecțiune sau tulburare ce crează un pericol imediat sau potențial de moarte sau o afectare gravă a funcției aparatului cardiovascular.

— Care sînt cei mai frecvenți factori de risc implicați în declanșarea urgențelor cardiologice?

— Urgențele în cardiologie sînt determinate de anumite boli sau tulburări, în special de infarctul miocardic, angina instabilă, aritmiile ventriculare (fibrilația ventriculară, flutterul ventricular, tahicardiile ventriculare), blocurile atrioventriculare cu sincopă, edemul pulmonar, șocul cardiogen, embolia pulmonară, accidentele vasculare cerebrale și altele.

— Pentru omul obișnuit urgența cardiologică are un anume specific: e însoțită de spaimă. Spaimă ce se transmite și familiei, datorită faptului că nu poate decela adevărata gravitate a situației. Care sînt semnele ce arată că ne aflăm în fața unui caz grav? Și, în această situație, ce trebuie și ce nu trebuie să facă familia?

— Există deseori o relație între gravitatea unei afecțiuni cu tablou de urgență și starea pacientului (de neliniște, de teamă). Dar există și aspecte inverse: pacientul nu știe și nu realizează cît de gravă este starea sa. Familia, uneori, dă dovadă de calm și acționează în sensul chemării medicului, anunță „Salvarea” și ajută pacientul în a avea o poziție confortabilă, îl liniștește și îi administrează medicamentele recomandate de medic. Altfel însă familia contribuie la accentuarea stării de teamă a acestuia și întîrzie chemarea medicului.

Referitor la tulburările care pot indica o stare gravă, aş menţiona durerile toracice constrictive în zona toracelui, lipsa de aer (ce obligă pacientul la o poziţie ridicată), pierderea cunoştinţei, expectoraţia spumoasă rozată, cianoza sau culoarea vinată a buzelor şi extremităţilor, starea de slăbiciune extremă şi altele. În vederea rezolvării mai operative a unor asemenea cazuri, Ministerul Sănătăţii are un program la nivelul marilor oraşe, de introducere a ambulanţelor speciale pentru bolnavii cu urgenţe cardiovasculare numite şi „unităţi coronariene mobile”.

— După opinia dv. ce trebuie să conţină trusa de prim-ajutor a cardiacilor cunoscuţi?

— Bolnavii cardiaci, la sfatul medicilor şi în funcţie de afecţiunea de care suferă, având în vedere eventualele complicaţii ce pot surveni, pot avea o trusă sau o cutie cu medicamente utile ce pot fi administrate la indicaţia medicului curant, dată anterior sau la telefon. Pot fi utile medicamente ca Nitroglicerina, Miofilin, Papaverină, Algocalmin, Digoxin, Furantril şi altele. Nu este indicat ca persoanele sănătoase să-şi facă truse de urgenţă cu medicamente, având în vedere probabilitatea redusă a apariţiei urgenţelor şi varietatea acestora.

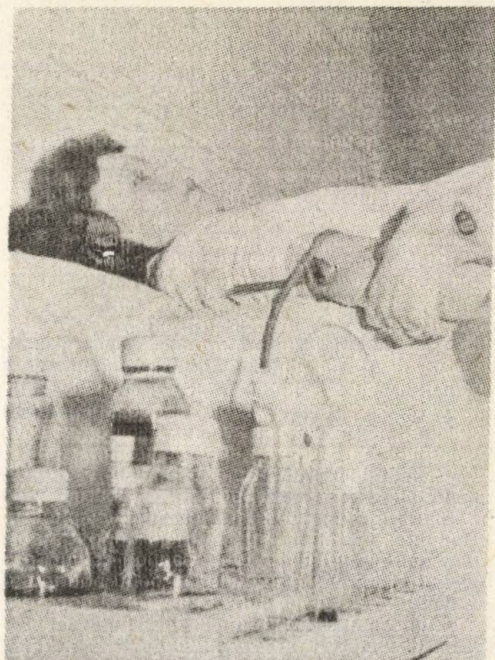
— Într-un articol scris în urmă cu 2 ani aminteaţi că în terapia bolilor cardiovasculare, mai cu seamă în aceea a anginei pectorale, sindromul intermediar şi infarctului miocardic, sînt în curs de apariţie o serie întreagă de noutăţi — străine şi româneşti. Care e situaţia în momentul de faţă?

— În tratamentul anginei pectorale au apărut sau se aplică mai extins noi metode şi medicamente: blocanţii de calciu (Nifedipina), nitroglicerina sub formă de pomadă sau perfuzie, noi betablocante, angioplastia cu sonda cu balon şi prin care se realizează dilatarea stenozelor coronare şi intervenţiile de restabilire a circulaţiei inimii (bypass coronar).

Bolnavii cu infarct miocardic beneficiază de noi metode terapeutice ce se utilizează din ce în ce mai mult la cazuri selectate: perfuzii cu nitroglicerina, tratamente cu blocanţi de calciu, streptoză, angioplastia coronară la debutul infarctului şi, uneori, bypassul coronar.

— Ce noutăţi există la Clinica de cardiologie a Spitalului clinic „Fundeni” în vederea rezolvării favorabile a urgenţelor?

— Pentru urgenţele cardiovasculare asistenţa este organizată astfel încît putem interveni operativ în rezolvarea tuturor formelor: cabinet de urgenţă ce funcţionează zi şi noapte; gărzi de urgenţă duble (în clinică şi ambulator) la care participă şi medicii veniţi la specializare; unitate coronariană pentru bolnavii cu infarct miocardic şi alte urgenţe cardiovasculare. Sînt aplicate metodele moderne de tratament în urgenţe: streptoză, perfuzii cu nitroglicerina, antiaritmice noi, stimulări electrice, defibrilări electrice, coronarografi de urgenţă (Dr. B. Fotiade) şi, la nevoie, intervenţii chirurgicale de tip bypass coronarian în Clinica de chirurgie cardiacă (prof. dr. doc. Pop. N. Popa).



— În luna octombrie, Societatea de cardiologie a organizat o consfătuire privind aspectele actuale în tratamentul cu betablocante şi antagonişti ai calciului. Ce importanţă acordă acestei probleme pentru perfecţionarea terapiei cardiologice?

— Consfătuirea a avut loc la Galaţi cu două teme principale: „Tratamentul cu blocanţi de calciu în bolile cardiovasculare” şi „Tratamentul cu betablocante în bolile cardiace”. Temele sînt de mare actualitate deoarece au apărut noi preparate cu eficienţă şi toleranţă mai bună, aplicarea acestora avînd loc în boli cardiovasculare cu largă răspîndire (hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică) iar utilizarea lor s-a extins şi la alte afecţiuni cardiovasculare.

Cunoaşterea noilor aspecte în domeniul terapiei cu aceste preparate a devenit necesară avînd în vedere că au un mare rol în controlul prin tratament cronic a unor boli cardiovasculare pentru a se evita excesul, a se preveni fenomenele adverse, nedorite şi pentru cercetarea ştiinţifică medicală. Schimbul de experienţă, cunoaşterea rezultatelor ce le obţin colectivele din ţară, apariţia noilor idei, dezbaterile privind noi probleme constituie un mare beneficiu pentru perfecţionarea asistenţei medicale în domeniul bolilor cardiovasculare.

— Sperînd că şi consfătuirea de la Galaţi a adus noi elemente pentru aceasta, vă mulţumim, în numele cititorilor noştri pentru interviul acordat.

Cristian IONESCU

RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNILE CARDIOVASCULARE - O ACȚIUNE COMPLEXĂ

Interviu cu prof. dr. doc. Roman VLAICU,
șeful Clinicii medicale I a I.M.F. Cluj-Napoca



— În ultimul timp termenul de cardiopatie ischemică este vehiculat nu numai în lumea medicală, ci tot mai mult și în rindul nespecialiștilor. Vă rugăm, stimate tovarășe profesor, pentru început, să detaliați sensul acestui termen.

— Prin cardiopatie ischemică, conform definiției date de un grup de experți ai Organizației Mondiale a Sănătății, se înțelege „afecțiunea cardiacă, acută sau cronică, care rezultă din reducerea sau întreruperea aportului de sânge la miocard, în asociere cu procese patologice în sistemul coronarian”. Este deci vorba de o reducere a cantității de sânge ajuns la nivelul mușchiului inimii, reducere care se produce în prezența unor modificări ale arterelor coronare în măsură să împiedice circulația singelui. În peste 95 la sută din cazurile de cardiopatie ischemică leziunea coronariană întâlnită este ateroscleroza coronariană. Îngroșarea peretelui coronarian, plăcile de aterom (cu eventuale hemoragii în leziunea ateromatoasă, în placa aterosclerotică sau procese de tromboză locală pe placa aterosclerotică) realizează o îngustare, de diferite grade, a lumenului coronarian. Această îngustare se poate produce și prin spasm coronarian, o constricție a musculaturii peretelui vascular, spasm ce apare mai ales pe artere coronare anterioare lezate (prin ateroscleroză, inflamații etc.), dar poate apare și pe coronare permeabile, normale. De reținut că numai reducerile care depășesc 50 la sută din calibrul coronarelor se însoțesc de suferințe ale inimii. Manifestările clinice apar la o reducere a lumenului de 60-70 la sută, un efort fizic, o emoție, la frig, fumat, la o eversare sau o creștere a frecvenței bătăilor inimii, care solicită inima, deci la un consum mai mare de O_2 - respectiv o circulație mai bogată, care însă nu se poate realiza din cauza obstacolului format prin îngustarea lumenului arterei coronariene.

— Credem că nu este lipsit de interes pentru cititori să le prezentați câteva elemente specifice fiecăreia din cele trei afecțiuni, respectiv câteva semne de recunoaștere.

— Tabloul clinic al cardiopatiei ischemice, adică felul în care se manifestă reducerea aportului de sânge la nivelul miocardului, este dependent de gradul îngustării lumenului coronarian și de rapiditatea cu care se instalează această reducere. O clasificare a acestor tablouri clinice cuprinde: moartea subită, angina pectorală, in-

farctul miocardic acut și vechi, tulburările de ritm și insuficiența cardiacă. Angina pectorală se manifestă ca o durere sub formă de ghiară, de apăsare sau de constricție, care apare în regiunea inimii, se propagă mai ales spre gât, umărul stâng și de-a lungul brațului stâng. Apare la efort, la frig, la emoții și enervare, durează numai câteva secunde sau minute și dispare la repaus sau la medicamente coronaro dilatatoare (nitroglicerină). Cu cât lumenul coronarian este mai îngustat, cu atât durerea survine la eforturi din ce în ce mai mici, chiar și în repaus, durează tot mai mult și cedează tot mai greu la tratament. Aceasta înseamnă că reducerea aportului de sânge la miocard este din ce în ce mai mare și că, deci, procesul de ateroscleroză coronariană (inclusiv cel de formare de trombi locali, poate de hemoragie în placă și de spasm) este în plină evoluție. Dacă intervine o întrerupere bruscă a circulației coronariene, de obicei prin formarea unui tromb care obliterează (astupă) vasul, se produce infarctul miocardic - manifestat prin durere mare, retrosternală, agitație, neliniște, teamă, transpirații mari, scăderea presiunii arteriale, puls frecvent, deseori neregulat, astenie mare și, nu rareori, senzație de sufocare. Diagnosticul cardiopatiei ischemice, a tipului de manifestare clinică, se precizează pe baza tabloului clinic realizat și a examinărilor complementare: electrocardiogramă, transaminaze serice, VSH și altele, în funcție de prezentul și trecutul patologic al bolnavului. Există, desigur, atitudini terapeutice diferite între o angină pectorală stabilă (survine mereu în aceleași condiții, la un anumit grad de efort, cu răspuns prompt la repaus sau nitroglicerină), care ar fi ca o „boală la purtător”, suferindul având grijă să evite gradul sau calitatea efortului care îi produce angina și știind cum să o trateze; dacă a apărut și o angină pectorală instabilă, care se agravează din zi în zi, necesită internare în spital, supraveghere și o nouă corectare terapeutică. Este normal ca bolnavul cu infarct miocardic să fie internat în spital de urgență, să fie monitorizat (cu supravegherea îndeaproape a tensiunii, pulsului, respirației, diurezei etc.) și supus unui tratament intensiv, complex și adecvat lui. Cât privește insuficiența cardiacă și tulburările de ritm din cardiopatia ischemică, ele reprezintă forme de manifestări clinice de multe ori neînsoțite de durerile caracteristice ischemiei miocardice și sint consecințele tulburărilor de contractie și de

excitație generate de insuficienta irigare cu sînge a miocardului.

— **Ce se înțelege prin recuperare și care este situația în bolile cardiovasculare?**

— Prin recuperare înțelegem ansamblul măsurilor ce se iau în vederea revenirii la normal a funcțiilor organismului bolnav. Este vorba de recuperarea stării de sănătate astfel încît bolnavul să-și recapete capacitatea funcțională, să poată fi reinserat ca factor activ în familie, în profesie, în societate, în viață. Recuperarea este, și trebuie să fie, totală în bolile acute intercurrente și trebuie să fie maximă în bolile cronice, cu „cicatrici” morfofuncționale. Ea reprezintă un proces complex, care cuprinde aspecte variate (fizice, psihologice, educaționale, sociale, profesionale) și, bineînțeles, medicale. Bolile cardiovasculare sînt, în general, boli cronice, de o viață, și, cum pe parcursul vieții ele se agravează, este logic ca acești bolnavi să fie încadrați într-un program continuu de recuperare. Recuperarea trebuie înțeleasă, în acest sens, nu numai ca o refacere, o reabilitare a funcțiilor organismului, ci și ca o menținere și îmbunătățire a progreselor obținute și o profilaxie a agravării bolii. Înțeleasă în acest fel, recuperarea în bolile cardiovasculare devine o acțiune complexă, de profilaxie, reabilitare, menținere și îmbunătățire a capacității funcționale a aparatului cardiovascular, a organismului. Există astăzi programe de reabilitare și recuperare în cardiopatia ischemică, în hipertensiunea arterială, în afecțiunile valvulare, la cardiaccii operați, în boli congenitale, în accidente vasculo-cerebrale, în arteriopatii periferice etc.

— **Se vorbește mult de recuperare, cu tendința de a o considera totală.**

— Gîndim (și deci și acționăm!) că în fiecare etapă din evoluția unei boli cardiovasculare este posibilă o recuperare a bolnavului. Gîndim că și tratamentul unei complicații, al unei agravări a bolii, reprezintă și un act de recuperare. Desigur că, în variatele etape ale evoluției bolilor cardiovasculare, strategia recuperării este diferită, în funcție de obiectivul principal al etapei respective. Unul este programul de reabilitare (recuperare) în faza acută a unui infarct miocardic care evoluează cu complicații și altul este programul de recuperare la 2-3 săptămîni după instalarea infarctului sau după 6-8 săptămîni, după cum diferă programul de recuperare al unui bolnav cu angină stabilă de cel al unui cu angină instabilă. Unul este programul de recuperare al unui bolnav cu afecțiune valvulară neînsoțită de insuficiență cardiacă și altul cel al bolnavului cu afecțiune valvulară și insuficiență cardiacă, după cum diferit este programul unui bolnav cu hipertensiune moderată de al celui cu valori tensionale foarte mari ș.a.m.d. Compensarea unei funcții deficitare, de exemplu a funcției de contracție a miocardului, înseamnă un cîștig, deoarece am învins, deocamdată, cel puțin, insuficiența cardiacă. Am recuperat această funcție a inimii, dar, neluînd și alte măsuri de recuperare a organismului, boala poate progresa iar rezultatele obținute se pierd, de unde concluzia: compensarea unei funcții nu înseamnă recuperare totală, nu înseamnă renunțarea la programul complex de recuperare.

— **Aveți o frumoasă tradiție în acest domeniu. Care sînt modalitățile de recuperare pe care le aplicați în clinică pe care o conduceți?**

— Într-adevăr, în Clinica medicală I din Cluj-Napoca există o veche tradiție privind recuperarea în bolile cardiovasculare. Profesorul dr. Iuliu Hațieganu, întemeietorul școlii clujene de medicină, a pus accent pe problemele de profilaxie a bolilor, de întărire și călire a organismului și de educație sanitară în rîndul populației, mai ales al tinerilor. De asemenea, profesorul dr. Aurel Moga a pus accent pe cultura fizică medicală ca mijloc de recuperare a capacității funcționale și fizice a bolnavilor cardiovasculari și a organizat în clinică o sală de gimnastică, iar profesorul dr. Ștefan Hărăguș a inițiat procesele de recuperare în arteriopatiile cronice obliterante ale membrului inferior. În prezent, în clinică dispunem de un personal foarte calificat în recuperarea bolnavilor cardiovasculari, avem programe specifice de recuperare pentru diversele cardiopatii și o gamă largă de proceduri — de la masaj, mișcări pasive și plimbări pe culoarele clinicii și pe scări, la exerciții de gimnastică și pe bicicleta ergometrică, la alergări, toate sub supraveghere tehnică și umană. Clinica noastră este în strînsă legătură cu Spitalul clinic de recuperare din Cluj-Napoca și cu stațiunile balneare de profil din țară. Nu neglijăm nici problemele de educație sanitară, nici legăturile cu familiile, cu instituțiile de care aparțin bolnavii, cu comisiile de expertiză și recuperare a capacității de muncă etc. Revizuirea periodică a tratamentului, a programului de recuperare în funcție de starea clinică a bolnavului cardiovascular face parte și ea din tactica și strategia unei îmbunătățiri continue a recuperării acestuia.

— **Dar recuperarea nu se termină odată cu externarea. Ce trebuie să știe pacientul?**

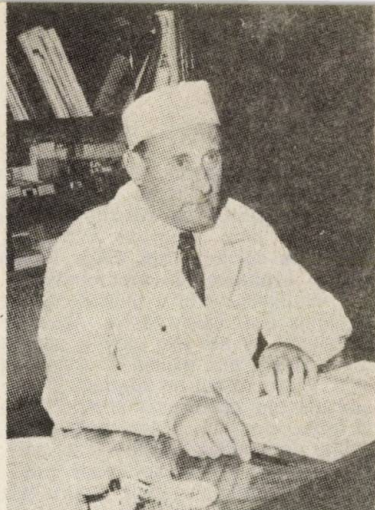
— În cazul bolilor avansate, programul de recuperare se întocmește conform cu starea morfofuncțională a aparatului cardiovascular, a întregului organism, existentă în momentul respectiv. Este necesară o alegere a procedurilor, a gradului de solicitare, a duratei procedurii — individualizate în funcție de starea bolnavului. Există programe de fază acută, gravă, program pentru faza clinic manifestă, stăpînită prin mijloace medico-chirurgicale, programe pentru faza de convalecență, programe „de întreținere”, precum și programe pentru fazele de agravare a bolii. Dacă s-a reținut bine cele subliniate înainte, atunci se înțelege că recuperarea, care de multe ori este inițiată de un consult medical, începută și practică în timpul internării în spital, trebuie continuată, mai mult, trebuie întregită după ieșirea din spital, practic pînă la recuperarea totală a stării de sănătate. După externare, programul de recuperare se cere continuat sub aspectele sale fizice (plimbări, exerciții fizice, masaj, dușuri alternante, fizioterapie etc.), psihologice (evitarea conflictelor, a stărilor de încordare nervoasă etc.), socio-profesionale (încadrare în muncă, relații interpersonale etc.), familiale, socio-culturale, educative etc.

Valeria CHILĂU

(Continuare în pag. 26)

PUTEM ÎMBOGĂȚI ZESTREA INTELECTUALĂ A FĂTULUI

Interviu cu prof. dr. doc. Louis TURCANU
șeful Clinicii de pediatrie
a Institutului de medicină din Timișoara



— „Femeia este doar pe jumătate mamă dacă nu-și alăptează copilul”. Ce argumente de ultimă oră adaugă cuceririle medicinei vechiului dicton al lui Marc Aurelian?

— Alăptarea la sân se bazează pe un ansamblu de reacții hormonale, neurologice și psihice, care dau femeii-mame o integritate funcțională, favorizând mai buna activitate a tuturor organelor luate izolat și a tuturor în corelația dintre ele. Este dovedit că femeia care alăptează are o mai bună rezistență antiinfecțioasă, un tonus mai puternic la stresul cotidian și, de asemenea, o supraveghere imunologică anticanceroasă (în special a sinului).

— Ce semnificație poate avea plînsul la sugar?

— Lipsa celui de-al doilea sistem de semnalizare, adică a limbajului, nu constituie o ruptură a legăturii sugar-părinte. Reacțiile acestuia, expresiile monosilabice dar de timbru și tonalitate diferite, mimica reprezintă o paletă largă de exprimare a nevoilor lui fiziologice și psihologice, de multe ori mai fidelă decît limbajul. Natura a înzestrat-o pe mamă cu posibilități crescute de citire a acestui mod de exprimare. Tîm să subliniez că și tatăl poate și trebuie să-l învețe printr-o instrucție care să înceapă înainte de nașterea copilului. Și acum, iată cîteva interpretări: colicile abdominale, mișcările de deglutiție în sec înseamnă solicitare la drepturi alimentare; plînsul nervos, reactiv, cu mișcări bruște din picioare se traduce prin invitație la igienă locală, adică se cer schimbate scutecele; plînsul a jale, însoțit de gîngurit, se traduce prin nevoie de a se crea condiții pentru somn (fără lumină, fără zgomot); anorexia (lipsa poftei de mâncare), vîrsăturile cu caracter spastic, refuzul de comunicare afectivă cu părinții pot însemna sentimentul de rachiun pentru un abandon parțial sau complet; plînsul dureros, violent, în reprize, ocazionat mai ales de deglutiție orientează spre durere auriculară, deci spre otită. Sigur, sînt și altele.

— Este științific dovedit că fătul e dotat cu o mare capacitate de percepție și viață intelectuală cu mult înainte de naștere.

— La dotarea zestrei intelectuale a fătului contribuie enorm echilibrul psiho-afectiv familial, „adresarea” către el din partea părinților a unor stimuli verbali, afectivi, senzoriali (muzică, lec-

tură cu voce tare). Sînt numeroase exemple cînd copiii mici își amintesc și relatează aproape perfect evenimente petrecute în timpul vieții lor intrauterine, ca de pildă: fredonează un cîntec de leagăn, fragmente din piese muzicale. De aici, ne imaginăm cît de nefavorabile ar fi pentru dezvoltarea spirituală a copilului circumstanțele exterioare negative din perioada prenatală.

— Boala diareică tulbură nu numai digestia, ci și metabolismul. Vă rugăm, stimate tovarășe profesor, să dați detalii.

— Boala diareică reprezintă o circumstanță patologică încă frecvent întîlnită, deși ar beneficia de largi posibilități de profilaxie și tratament precoce. Ea constituie nu numai o carență de principii alimentari (proteine, grăsimi, glucide, vitamine, minerale), dar intervine un impact agresiv asupra nutriției și metabolismului organismului în dezvoltare, făcînd ca uneori această a doua categorie de tulburări să persiste un timp îndelungat chiar și după depășirea diareei. La sugar, boala diareică apare ca urmare a unui grav deficit de îngrijire curentă, avînd la bază, de cele mai multe ori, greșeli de alimentație (necorespunzătoare în ce privește compoziția, modul de preparare, adaptare la capacitatea digestivă). Adeseori se confundă capacitatea digestivă a sugarului cu cea a adultului. Poate că cea mai gravă greșeală o constituie privarea nejustificată a sugarului de laptele matern. O altă cauză a bolii diareice o constituie infecția cu localizare digestivă, urmare a unei igiene defectuoase.

— Cum se ajunge la dispepsie?

— Ea presupune o funcționare defectuoasă a tubului digestiv și a organelor anexe (ficat, pancreas) și succede unor greșeli alimentare, cum ar fi supra sau subalimentația, malalimentația, și uneori infecțiile intracurențe, care reduc suportul fermentativ (enzimatic) al sucurilor digestive și capacitatea sucurilor de pregătire pentru digestie.

— Ce este distrofia?

— Numită și malnutriție, distrofia reprezintă o alterare a proceselor de metabolism ce au loc la nivelul celulelor, din care decurge o scădere a capacității de sinteză a principiilor alimentari, a hormonilor, enzimelor ș.a. Rezultatul este un deficit progresiv al sintezei, în dauna distrugerilor.

Se însoțește constant de deficit imunologic, ce are drept corolar grefa infecțioasă.

— **Rahitismul, ca afecțiune, poate avea răsunet în timp. Cum se manifestă fiziologic scăderea calciului din sînge în anumite momente evolutive ale afecțiunii?**

— Rahitismul este o policarență cu accent pe vitamina D și calciu-fosfor. Această carență se instalează cu atît mai ușor în anotimpuri cu radiație solară mai redusă și în condiții de cerințe și consum crescut de vitamină D. În rahitism nu sînt afectate doar sistemul muscular și cel osos, ci toate aparatele și sistemele. Un loc central îl deține dezechilibrul fosfo-calcic, care, cu ocazia mobilizării din sînge spre oase, produce hipocalcemie — baza patogenică pentru tetanie. În cadrul rahitismului se întîlnesc deformații scheletare, care pot aduce dificultăți dinamicii respirației. Unele sechele pot afecta oasele bazinului, producînd la vîrsta procreației nașteri distotice. De aici rezultă necesitatea absolută a profilaxiei antirahitice, ceea ce presupune obligativitatea alimentației naturale și aport în vitamina D sub control medical. Expunerea la soare reprezintă un adjuvant aplicabil numai în sezonul cald.

— **Se vorbește, de fapt s-a și verificat, de obezitatea copilului ca factor de risc în ateroscleroză.**

— Într-adevăr, obezitatea, ca tulburare de nutriție, prezintă risc aterogen și hipertensiv. Poate apare de la cele mai mici vîrste, chiar și la sugar, și are la bază o supraalimentație cu făinoase și zaharuri. De multe ori există și predispoziție familială, dar cauza esențială o reprezintă excesul de alimente energogene. Mulți din-

tre copiii obezi sînt candidați la cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială și scăderea toleranței la glucide, adică diabet, chiar din cursul copilăriei.

— **Ce preocupări are clinica pe care o conduceți și cu ce contribuții pe acest profil se înscrie filiala U.S.S.M. Timișoara, al cărui președinte sînteți?**

— Am acordat o atenție crescîndă studiilor și cercetărilor privind ocrotirea sănătății copilului mic, chiar înainte de a se naște. Puericultura prenatală și cea neonatală au constituit direcții principale de cercetare cu intenția de a găsi modalitățile cele mai bune de asigurare a dezvoltării și maturizării organismului infantil. Monografia „Neonatalogie” reprezintă o sinteză nu numai a achizițiilor moderne în acest domeniu, ci și a experienței unui colectiv de specialiști. Un alt domeniu îl constituie problematica de nutriție și metabolism, care, la vîrsta mică, prezintă multe particularități, cu impact nefavorabil asupra funcțiilor multor organe și sisteme și care, depistate precoce, se pot solda cu grad mare de recuperare.

— **De 40 de ani vegheați cu căldură la menținerea sănătății multor copii, azi adulți, contribuți la recuperarea altora. M-a impresionat cu cită înțelegere și grijă vă aplecați asupra fiecărui mic pacient, calmul cu care le vorbiți, cîștigîndu-l de aliați în „bătălia” pentru a le reda sănătatea. Vă doresc, în continuare, succes în nobila dv. muncă.**

Valeria CHILĂU

(Urmare din pag. 24)

RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNILE CARDIOVASCULARE — O ACȚIUNE COMPLEXĂ

— **Cum vedeți recuperarea în bolile cardiovasculare în perspectiva anilor 2000?**

— Anul 2000 și următorii se profilează, din punctul de vedere al stării de sănătate a oamenilor, ca o îmbunătățire, o accesibilitate tot mai largă la asistența medicală de calitate și o îmbogățire substanțială a cunoștințelor despre boală și sănătate, despre factorii de risc și de promovare a sănătății, o ridicare simțitoare a nivelului de educație și autoeducație, de control și autocontrol a stării de sănătate a fiecăruia. Omul va deveni tot mai conștient și mai răspunzător de propria-i stare de sănătate. În acest context recuperarea în bolile cardiovasculare (care va inscrie în programele sale nu numai corecții chi-

rurgicale, ci și programe de corecție imunologică, bioenzimatică și genetică) va face parte integrantă din însăși rațiunea de a fi cit mai sănătos și cit mai util sînei, familiei și societății. Și cit vor fi atunci de îndrăgite și folosite aerul curat, apa limpede și bună de băut, pădurile, izvoarele de apă minerală, valurile însuflete și curate ale mării, potecile munților și pădurilor, aleile parcurilor, mireasma florilor și cîntecele păsărilor!

— **Suficiente temeiuri să privim cu optimism începutul mileniului III. Vă mulțumim pentru speranțele pe care le dați inimii, deci vieții.**

PLANTELE MEDICINALE - NESECAT IZVOR DE SĂNĂTATE

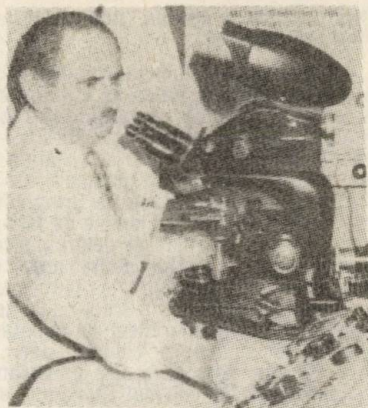
Interviu cu prof. dr. doc. Gabriel RACZ,
șeful Catedrei de farmacognozie
a I.M.F. Tg. Mureș

— Având în vedere multimilenara existență a poporului român, v-am ruga să ne faceți un scurt istoric al primelor cunoștințe despre existența plantelor medicinale pe teritoriul țării noastre.

— Până la introducerea substanțelor concepute și sintetizate de om în cea de a doua jumătate a secolului al XIX-lea, terapeuticii medicamentoase i-au stat la dispoziție o serie de leacuri obținute din mediul înconjurător, ca substanțe minerale, părți vegetale și produse de origine animalieră. Remediile vegetale au fost cele folosite de popor, preluate apoi de terapeuți și considerate ca atare, încă de acum 5-6 milenii. În ceea ce ne privește, în copii ale manuscriselor medicului Dioscoride (secolul I e.n.) și ale scriitorului Pseudo-Apuleius (secolele IV-V e.n.) s-au păstrat zeci de nume de plante cunoscute de daci. Însăși faptul că o plantă avea nume înseamnă că era cunoscută și, respectiv, folosită fie în alimentație, fie la obținerea de materiale de construcție, de unelte, textile, sau de tincturi. La o serie de plante care nu au putut fi folosite în nici unul din aceste domenii este probabil că erau cunoscute ca plante de leac. O altă sursă de informare o reprezintă sigiliile (stampile aplicate pe suprafața unor preparate de consistență semisolidă), găsite pe teritoriul țării noastre și aparținătoare medicilor romani Publius Corcolenius și Attius Divixtus (secolele II-III e.n.) și care atestă existența de medicamente cu indicații terapeutice exacte. Metodele analitice, care ne stau azi la dispoziție, permit identificarea exactă a resturilor de substanțe din unele vestigii arheologice: sticlute și piulițe (rișnițe) de dimensiuni mici care au putut servi la păstrarea și prepararea unor leacuri. Gama întreagă de medicamente folosite la noi se cunoaște începând cu înființarea primelor farmacii (secolul V e.n.) cu apariția primei cărți de leac, în 1578, iar din secolul al XVIII-lea cu păstrarea inventarelor și taxelor farmaceutice, din care cunoaștem azi întregul arsenal terapeutic al timpului.

— Care este efectul principiilor activi ai plantelor medicinale mai cunoscute de marele public — precum mușețelul, teiul, izma, anghinarea etc.?

— În fiecare specie de plantă medicinală folosită în terapeutică, există cel puțin o substanță-două active. Astfel, putem distinge trei categorii de substanțe caracteristice lor: **principiile biologice active**, la care s-a stabilit efectul asupra diferitelor organisme sau structurii vii (de pildă, cele antibiotice, citostatice, de stimulare a



diviziunii celulare); **principiile farmacologice active**, la care se cunoaște efectul asupra animalelor de experiență sau al organismului uman (de pildă, cele cu rol deprimant sau stimulator asupra sistemului nervos central); **principiile terapeutice active**, care — dotate fiind cu efecte din cele două categorii precedente — pot fi realmente utilizate la obținerea de medicamente. Cele trei categorii nu se suprapun în mod obligatoriu; cunoaștem, de exemplu, foarte mulți compuși vegetali care opresc diviziunea celulară dar nu pot fi folosiți în terapeutică fiindcă doza în care ar putea opri formarea sau proliferarea de tumori este prea toxică (sint, deci, substanțe biologice active, nu și terapeutice active). Ca să rămânem la exemplele din întrebarea dv. în mușețel se găsesc compuși cu efect antiinflamator de contact (spre deosebire de medicamentele antiinflamatoare sistemice), care acționează mai ales asupra mucoaselor în funcție de modul de aplicare (la nivelul organului vizual, al cavității bucale, stomacului, intestinului gros etc.). Teiul este un ușor sedativ dar se recomandă și în stări de răceală, mai ales însoțite de febră. Izma prezintă acțiune coleretică (mărește volumul bilei pe care o fluidifică) și are un efect colecistokinetic (declanșând contracțiile fiziologice ale veziculei biliare în diskinezii), fiind indicată în colecistopatii cronice. Ea poate fi folosită și în vederea reducerii senzației de greață la gravide, cînd se consumă cantități mici de ceai neîndulcit, neîncălzit, de repetate ori. Anghinarea are un efect similar cu cel al izmei, prin normalizarea eliminării bilei din colecist, ceea ce poate servi și la prevenirea constipației datorate colecistopatiei cronice. În general, plantele medicinale administrate sub formă de extract apos (ceai) sînt destinate utilizării mai îndelungate, fiind vorba de acțiuni blinde. Cele ce conțin principii puternic active (cardiotonice, antihipertensive, spasmolitice, uterotonice etc.) sînt condiționate sub forma unor medicamente prin care se asigură o dozare exactă (comprimate, picături, supozitoare, soluții injectabile).

— Ce drum parcurge o plantă medicinală, pînă la apariția produsului finit — medicamentului? Omul de știință poate face eventuale co-

reții pentru a marca, mai mult, un anume efect al plantei?

- Există două posibilități majore în funcție de punctul de pornire: fie că ne ghidăm după o acțiune farmacologică presupusă sau confirmată, fie că urmărim diferite efecte ale unor substanțe izolate. Să alegem prima alternativă. O plantă este folosită în medicina populară într-o anumită afecțiune. În prima etapă se urmărește pe modele experimentale, la animale de laborator, presupusul efect. Totodată se determină toxicitatea. Cunoscându-se raportul dintre doza mai mare (cea toxică) și doza mai mică (eficientă), se prepară diferite tipuri de extracte sau se izolează fracțiuni cu conținut ridicat de substanțe active sau se obțin indivizi chimici, deci substanțe pure. Se stabilește care este preparatul respectiv, substanța cu cel mai pronunțat efect și, în măsura posibilului, cu toxicitatea cea mai redusă. În posesia acestor date se solicită avizul Comisiei medicamentului pentru efectuarea observațiilor clinice. În cazul că beneficiul terapeutic este pronunțat se extind observațiile la bolnavi, în condiții rigurose respectate. Cerința firască este ca noul medicament să prezinte avantaje față de produsele farmaceutice de uz curent. Aceste avantaje se referă în aceeași măsură atât la rezultatele terapeutice pozitive, cât și la siguranța tratamentului, în sensul de a se limita posibilitatea apariției fenomenelor nedorite.

- După cite știm, în cadrul I.M., F. Tirgu Mureș, al catedrei conduse de dv., teoria se îmbină armonios cu practica și cercetarea științifică, principiile de bază ale politicii sanitare, a partidului și statului nostru, reflectată și în activitatea dv. de zi cu zi. Care sînt roadele acestei preocupări?

- În principiu, toate temele de cercetare prevăd o valorificare a plantelor prin obținerea de medicamente. Este vorba de a orienta a cercetării către un scop urmărit, care se realizează, de la caz la caz, în funcție de criteriile enunțate în cadrul răspunsului anterior. Numărul relativ mare de specii de plante luate în lucru și metodele experimentale, elaborate sau adaptate, ne-au permis să descriem efecte de natură diferită: asupra sistemului nervos central, a tensiunii arteriale, a diurezei, a formării calculilor urinari, a unor funcții hepato-biliare, a ulcerului gastric, a inflamațiilor declanșate la nivelul pielii sau a mucoaselor. Se urmărește cu regularitate efectul asupra unor agenți patogeni: virusuri, bacterii, fungi, paraziți.

- În cei 10 ani de existență a celor trei laboratoare „Galenica”, ați descoperit și elaborat zeci și zeci de rețete și medicamente, bine apreciate în viața medicală. Unele dintre ele, distinse cu premii și brevete. La cite dintre ele s-a putut evidenția, concret, și participarea studenților dv.?

- Începînd din anul III studenții înscriși la cercurile științifice lucrează la rezolvarea unor aspecte concrete legate de elaborarea preparatelor fitoterapeutice. Fiecare lucrare de diplomă conține contribuții personale ale absolventului. Cele mai bune rezultate au fost obținute de acei absolvenți care au continuat cercetările începute în studenție în cadrul stagiului de doctorat. Astfel

s-a ajuns la produsul PRODCORD, destinat tratamentului cardiopatiei ischemice, la care observațiile clinice sînt făcute la ora actuală de o studentă de la Facultatea de medicină generală. Metodele de control ale produsului RUBRODERM au fost elaborate de către un student iar medicamentul se testează în dermatomicoze. Produsul ANSEROPOTAN se și găsește în farmaciile arondate Oficiului farmaceutic Mureș iar efectul său antibacterian a fost descris de un doctorand care a elaborat apoi medicamentul, confirmînd efectul în unele infecții ale aparatului digestiv.

- Dintre medicamentele elaborate de dv. și colectivul pe care-l conduceți, sub aspect calitativ, eficient, competitiv, care le depășesc pe cele din import?

- Destul de multe. Totuși sub aspectul spectaculozității amintesc produsul HIPORIB, indicat în hipertensiunea arterială esențială, rezultat al cercetărilor întreprinse de un doctorand de-al nostru, și care prezintă și un efect protector asupra vaselor sangvine dar, spre deosebire de medicamentele uzuale din această clasă, nu are efecte secundare. De asemenea, medicamentul HEPATOSOL întruște calitățile produsului românesc Anghiol și ale celui de import, Rowachol. În fine, preparatul TIRUCO este prescris de Clinica de urologie din Tg. Mureș, în vederea prevenirii litiazei renale. În același domeniu terapeutic, produsul RENOL înlocuiește medicamentul de import Rowatînex.

- Se vorbește foarte mult despre reacțiile adverse ale unor medicamente și efectele lor nefaste. Se poate însă aminti cite ceva și despre astfel de efecte cînd se consumă abuziv mai multe feluri de ceaiuri?

- Reacții adverse sînt posibile la toate medicamentele dar, prin forța împrejurărilor, foarte rar la cele cu efect blind - cum ar fi ceaiurile medicinale - și mai frecvent la cele cu acțiune puternică. Unele reacții nedorite sînt previzibile și aproape inevitabile, cum ar fi, de exemplu, diminuarea secreției salivare cu senzația de uscăciune a gurii sub acțiunea medicamentelor pe bază de mătăgună. Altele, de asemenea, previzibile, necesită prudență în prescrierea lor; de exemplu, medicamentele pe bază de alcaloizi din rădăcina de Rauwolfia serpentina pot reactiva un ulcer gastric sau, în caz de administrare îndelungată, pot declanșa stări de depresiune psihică. Reacțiile nedorite nu pot fi complet excluse la nici un produs vegetal. Sînt persoane care fac reacții alergice la căpsuni, altele la anumite proveniențe de polen din atmosferă dar nici fructul menționat nici polenul nu pot fi considerate „dăunătoare” la majoritatea subiecților. Atenție deosebită merită cercetările care dovedesc un efect nociv în cazul unor specii de plante care pînă în anii din urmă nu au fost considerate ca toxice, consecințe grave în urma eventualei utilizări manifestîndu-se mai tirziu. Este vorba de Mărul lupului, de Cîrmiz, de unele specii de Senecio vulgaris (Cruciuliță), care conțin substanțe cancerigene.

- Care este părerea dv. despre terapia naturistă?

- Terapia naturistă se situează pe undeva între modul de viață științific și terapeutică propriu-zisă. Majoritatea modalităților terapeutice

naturiste asigură aplicarea conceptului de medicină preventivă. Terapia naturistă se adresează maselor celor mai largi ale populației, pe cînd terapeutică medicamentoasă, care face apel la arsenalul de produse puternic active, rămîne o rezervă pentru cazurile ce necesită realmente intervenții radicale. Să apelez la un singur exemplu: intercalarea unei zile pe săptămînă cu alimente în exclusivitate de origine vegetală, rămîne un mijloc eficace în prevenirea și tratamentul hipertensiunii arteriale esențiale (zisă „de graniță”) și medii; utilizarea în această situație de medicamente antihipertensive puternice ar fi o mare greșală; dar într-o criză hipertensivă sintem nevoiți să apelăm la cele mai puternice medicamente făcînd abstracție de faptul că s-au obținut din materie primă naturală sau nu.

— **Vorbiți-ne despre participarea dv. la diverse congrese și simpozioane interne și internaționale și de felul în care este apreciată școala românească de medicină farmaceutică.**

— Prima consfătuire cu caracter republican, avînd ca temă în exclusivitate valorificarea plantelor medicinale, a fost organizată de noi în 1970. Congresele naționale de farmacie care au

urmat (București 1979 și 1984) au avut ca tematică prioritară acest domeniu de cercetare. Pe plan internațional se ține cu regularitate Congresul Mondial al Federației Internaționale Farmaceutice în cadrul căruia există întotdeauna o secție de plante medicinale. Primul congres la care am participat (Bruxelles, 1958) a însemnat o apreciere a cercetărilor inspirate din medicina populară românească, preocupare care a rămas în centrul atenției colectivului nostru. La ultimul congres mondial (Budapesta, 1984) au fost prezentate rezultate privind efectul cardi tonic al unor plante la care cercetători din țara noastră au adus remarcabile contribuții, elogiis apreciate. Este vorba de planta Spinz. În general, putem conchide că cercetările referitoare la plante, încă nestudiate suficient în lume, au șanse de a fi apreciate în mod deosebit, acesta fiind domeniul în care putem aduce contribuții cu un vădit caracter inedit.

— **Vă mulțumesc, stimate tovarășe profesor, în numele tuturor cititorilor Almanahului revistei „Sănătatea”.**

Dr. George M. GHEORGHE

PREVENIREA ȘI COMBATEREA STĂRILOR PATOLOGICE PROFESIONALE

— **Ce se înțelege prin termenul de „boală profesională”, în ce condiții poate apare ea și ce semne îi anunță instalarea?**

— Într-adevăr, boala profesională este un proces patologic cauzat sau declanșat de cele mai multe ori de necunoașterea și nerespectarea unor norme și reguli de igienă și protecția muncii în procesul de producție, în cel tehnologic, nocivităților profesionale, caracteristice exercitării unei meserii sau profesii. În general, bolile profesionale pot fi cronice, în acest caz agenții mediului de muncă avînd o acțiune mai îndelungată asupra organismului. De exemplu, după o expunere de lungă durată, în condițiile amintite, la plumb poate să apară intoxicația cronică cu plumb; după inhalarea îndelungată a prafului cu conținut de bioxid de siliciu liber poate surveni silicoza. În ceea ce privește bolile acute, acestea sînt intoxicații după o expunere de scurtă durată la un factor nociv (de exemplu, intoxicația cu oxid de carbon după inhalarea toxicului, în locuri unde există o ardere incompletă).

Primele semne sînt caracteristice factorilor care le produc. Astfel, în cazul intoxicației acute cu oxid de carbon apar cefaleea, amețea și tulburările de vedere, iar în cazul intoxicației cu Paration (denumit în mod greșit „Verde de Paris”) apar: respirația grea, pulsul rîrit și îngustarea pupilei. În multe boli profesionale primele

**intervi cu
prof. dr. doc. Ludovic
Alexandru DIENES,
șeful Clinicii
de boli profesionale
a I.M.F. Tg. Mureș**



semne pot fi mai puțin caracteristice; de exemplu, în intoxicațiile cu solvenți organici ele se manifestă printr-o stare de euforie cu somnolență și scăderea forței musculare.

— **Ca în orice altă afecțiune și în boala profesională se poate vorbi de existența și influența unor factori de risc specifici. Alcoolismul și tabagismul se pot înscrie în această categorie?**

— Factorii de risc, în general, sînt legați de regimul de viață — pe lîngă regimul de muncă — al individului. În ceea ce privește alcoolismul, trebuie să subliniem că, majoritatea toxicelor sînt neutralizate la nivelul ficatului ca și alcoolul etilic. Dar prin suprasolicitarea dublă a ficatului, această funcție de neutralizare poate ajunge la un impas, organul fiind depășit cu timpul, distrus de către acțiunea alcoolului. În asemenea cazuri, insuficiența hepatică poate însemna, totodată, imposibilitatea

de a trăi. Referitor la celălalt factor de risc — tabagismul — trebuie arătat că există două categorii de boli — respiratorii și cardiovasculare — în care acesta poate avea un rol negativ. Obiceiul de a fuma influențează în mod foarte negativ autoepurarea căilor respiratorii la cei expuși la inhalarea prafului; drept rezultat se produce o afectare gravă și ireversibilă a căilor respiratorii, prin bronșită cronică cu emfizem pulmonar și toate consecințele acestora asupra sănătății omului. Pe de altă parte, tabagismul mai înseamnă și o intoxicație cronică cu oxid de carbon pentru că, în timpul arderii țigării, fumătorul inhalează o cantitate de oxid de carbon care intră în combinație cu hemoglobina, formînd carboxihemoglobina, incapabilă de a transporta oxigenul la nivelul țesuturilor. În cazul expunerii profesionale la oxid de carbon, prezența unei concentrații de 10 la sută a carboxihemoglobinei confirmă existența intoxicației cronice. Un fumător care fumează peste un pachet de țigări pe zi, poate ajunge la o concentrație de circa 6—8 la sută carboxihemoglobinemie (în unele cazuri chiar și la o concentrație apropiată de 10 la sută). Drept rezultat pot apare o serie de boli legate de oxigenarea insuficientă a țesuturilor, între altele și ateroscleroza precoce cu toate consecințele respective, în special legate de afecțiunile aparatului cardiovascular și, în primul rînd, de declanșarea infarctului miocardic.

— **Desigur că apariția unor stări patologice sau a unor simptome este direct proporțională cu profesia și cu puterea de rezistență a organismului la eforturi mai mari sau mai îndelungate. Detaliați vă rog acest aspect!**

— Apariția unor simptome, chiar simple, poate fi legată de exercitarea unor profesii (de exemplu, îngroșarea pielii palmare la un fierar) dar ele nu pot fi considerate ca patologice, ci ca o adaptare a organismului la efortul specific. Declanșarea unor stări net patologice de către condițiile de mediu nu sînt obligatorii, pentru că intervine adaptarea organismului și regimul de viață sănătos. Exemplul clasic îl constituie hipoacuzia profesională, care poate apare la muncitorii expuși zgomotului de intensitate mare în cazangerii, cu o frecvență relativ crescută; dar, prin respectarea normelor de protecția muncii, auzul poate fi păstrat chiar după o expunere la zgomot de peste trei decenii. Astfel, unii dintre muncitorii pe care îi cunoaștem sînt chiar melomani.

— **Ca simptome general valabile în cazul unor organisme neantrenate, sub aspect profesional și sanogen — oboseala, cefaleea, starea de nervozitate — pot duce atît la scăderea randamentului în muncă, cît și la apariția accidentului. Care este mecanismul fiziopatologic al declanșării lor și cînd poate interveni medicul?**

— Datorită faptului că nu se cunoaște precis natura oboselei, este destul de greu de a răspunde precis la mecanismul fiziopatologic al declanșării acesteia. În instalarea precoce a stării de oboseală desigur are un rol important gradul de antrenament, respectiv gradul de adaptare la locul de muncă. Dar și o serie de alți factori profesionali și neprofesionali pot contribui la de-

clanșarea acestuia, bineînțeles și stările patologice intercurrente. Medicul de întreprindere, prin cunoașterea gradului de adaptare a muncitorilor la locul de muncă și prin diagnosticul precis și precoce al stărilor patologice, poate preveni accidentele cauzate de fenomenul de oboseală.

— **Ce măsuri de prevenire a unor stări patologice — hipoacuzia, cifoscolioza, dermatitoza, bronșita, pneumoconioza, boala varicoasă — se impun a se lua?**

— Față de acțiunea nocivă a principalelor noxe profesionale sînt cunoscute măsuri profilactice eficiente prin care pot fi prevenite stările patologice respective. În cazul zgomotului de intensitate mare cu frecvențe deosebit de nocive, pe lîngă măsurile tehnice care se referă la atenuarea intensității zgomotului la locul de formare, cunoaștem o serie de măsuri profilactice individuale — ca folosirea antifoanelor — care reduc acțiunea nocivă a zgomotului. În ceea ce privește prevenirea modificărilor patologice ale coloanei vertebrale, măsurile ergonomice pot avea un rol important, începînd de la proiectarea mașinilor — unelte pînă la organizarea locurilor de muncă. Bineînțeles, fără atitudinea corectă a muncitorului în ceea ce privește poziția corpului, evitarea solicitării unilaterale a grupurilor musculare, a coloanei vertebrale în timpul procesului muncii, nu se pot obține rezultate bune în prevenirea cifoscoliozelor. În prevenirea dermatozelor profesionale, pe lîngă evitarea folosirii substanțelor care irită pielea, se impune, în primul rînd, respectarea regulilor de igienă și de protecția muncii. În privința bolilor profesionale ale aparatului respirator — bronșitele cronice, pneumoconiozele — conduita individuală are un rol important. Fumatul, atît prin fumul de țigară cit și prin acțiunea oxidului de carbon, acționează în mod negativ asupra autoepurării căilor respiratorii evitînd „curățirea eficientă” a plămînilor. Pentru ameliorarea acestui proces fiziologic, se recomandă gimnastica respiratorie sistematic efectuată, prin care se poate obține nu numai o creștere a capacității vitale, dar totodată și o epurare eficientă și continuă a căilor respiratorii. În apariția bolii varicoase — pe lîngă factorii genetici — poziția ortostatică continuă, purtarea greutăților și, nu în ultimul rînd, greutatea corporală crescută au un rol important. În prevenirea stării patologice schimbarea poziției ortostatice în cea șezîndă, comodă și solicitarea dinamică a grupurilor musculare ale membrelor inferioare — evitînd astfel stagnarea sau îngreunarea circulației în vasele sanguine ale picioarelor — au un rol important. În acest sens putem afirma că mersul sau mișcările picioarelor asigură mișcarea sin-

Dr. George M. GHEORGHE

(Continuare în pag. 32)



ȘI ÎN BOLILE INFECȚIOASE ESTE MAI UTIL SĂ PREVII DECÎT SĂ VINDECI

Interviu cu dr. Ioana STRAUSS
șef de secție la Clinica de boli infecțioase
— copii — a Spitalului clinic „Colentina”



— Ce loc ocupă, după părerea dv., bolile infecțioase în patologia copilului și ce semnificație au ele în evoluția, în planul sănătății, a viitorului adult?

— La întocmirea unei fișe medicale pentru copil sau adult medicul cere, făcînd un istoric al sănătății individului, pe lîngă amănunte legate de naștere, greutate, înălțime etc. și date privind bolile infecțioase ale copilului. Chestiunea nu este deloc întîmplătoare, ci decurge din faptul că bolile infecțioase dețin ponderea în patologia infantilă manifestîndu-se într-un procent de 60-80 la sută în toată perioada copilăriei. De ce? Pentru că organismele tinere ale copiilor n-au o capacitate de apărare împotriva agresiunii microbiene și virale așa cum au adulții, transmiterea acestor afecțiuni de la individul bolnav la cel sănătos făcîndu-se, de asemenea, extrem de rapid, îndeosebi în colectivități sau intrafamilial. Aceste boli apar cu predilecție la cei mai puțin rezistenți fie prin lipsa vaccinărilor (prin rărirea lor sau neprezentarea la timp la vaccinare), fie prin absența acestui procedeu de profilaxie în afecțiuni cum sînt: varicela, oreionul, dizenteria, hepatita epidemică. Acestor îmbolnăviri trebuie să li se acorde o mare importanță deoarece se caracterizează nu numai prin frecvență mare și prin letalitatea crescută în unele situații, ci și prin sechelele pe care le pot cauza.

— Cum debutează, de obicei, o boală infecțioasă?

— Debutul este, de regulă, brusc, cu diferențieri specifice pentru fiecare gen de boli în parte. Astfel, cele cu poartă de intrare respiratorie (rinofaringitele, traheobronșitele, pneumoniile, bronhopneumoniile și gripa) încep zgomotos, cu febră — uneori mare —, tuse, rinoree, respirație grea. De obicei, aceste boli dau multe complicații, ocupînd un loc foarte important în patologie și, evident, multă bătaie de cap rețelei sanitare. Nu întîmplător problemele legate de eradicarea și tratarea lor au fost intens abordate la Congresul național, cu

participare internațională, desfășurat în septembrie 1985 la București.

În bolile eruptive debutul este, de asemenea, diferențiat. În scarlatină se semnalează îndeosebi febra cu vărsături iar în 24-48 ore apare erupția la baza gîtului și pe fața anterioară a toracelui, manifestîndu-se sub forma unor papule roșii care dau o senzație de aspru la palpate. Rujeola debutează cu o scurgere mai accentuată a secrețiilor nazale, lăcrimare, tuse obositoare, strănut și febră. După 3-4 zile apare o erupție pe față, care apoi se generalizează. În varicelă este specifică febra, de obicei mai mică, urmată de apariția unor vezicule cu lichid clar, pe diferite părți ale corpului, inclusiv pe cap, palme și tălpile picioarelor, vezicule care apoi devin cruste (coji). Oreionul sau parotidita epidemică începe cu temperatură mare, dureri în partea anterioară a urechii și cu tumefacția acestei porțiuni.

Cunoșterea de către părinți a primelor simptome de manifestare ale acestor afecțiuni este foarte utilă deoarece permite nu numai tratarea cu bune rezultate, ci și evitarea complicațiilor și transmiterii lor în colectivități, familie sau colegilor de joacă.

— Există o patologie infecțioasă specifică tubului digestiv?

— Există, desigur, manifestîndu-se îndeosebi în anotimpul cald. Din ea fac parte hepatita virală, dizenteria acută și alte boli diareice acute, determinate de agenți microbieni sau virali. Dizenteria începe cu febră și dureri abdominale, copilul devenind agitat și emițînd multe scaune apoase cu mucus și sînge. Tabloul bolii se completează cu pierderea poftei de mîncare și deshidratare (înfundarea ochilor în orbite și pierderea elasticității pielii). La apariția acestor simptome prezentarea copilului la medic este obligatorie. Hepatita virală de tip A (întîlnită cel mai des la copii) se instalează de obicei lent, cu tulburări digestive, greață, vărsături, dureri abdominale, semne urmate curînd de colorarea urinei (ca pepsi sau berea), decolorarea scaunelor și apariția icterului pe tegumente și mucoasa conjunctivă. Odată sesizate aceste simptome, copilul va fi dus de urgență la medic, spitalizarea fi-

ind obligatorie. în această boală severă precocitatea depistării și tratării este definitorie pentru a se obține vindecarea.

— **Cum se manifestă bolile infecțioase ale sistemului nervos, de studiu cărora vă ocupați, din cite știți, de multă vreme?**

— Din fericire aceste boli sînt mai rare, dar de o gravitate mult mai mare, cu o evoluție imprevizibilă și impresionantă. Astfel, meningitele acute încep brusc, cu febră, vărsături, convulsii, alterarea stării generale, rigiditatea cefei și fotofobie (evitarea luminii de către micul bolnav) iar debutul în encefalite acute se manifestă prin convulsii, paralizii, mișcări anormale ale membrelor și alterarea stării generale, pînă la comă și pierderea cunoștinței. Prezentarea de urgență, la cel mai apropiat spital de pediatrie cu un asemenea copil, este singura salvare a acestuia, bolile respective fiind de o gravitate deosebită (se constată statistic o mortalitate de 20 la sută iar 10 la sută din cazuri rămîn cu sechele). Numai prezentarea la spital în timp extrem de scurt, de la primele simptome, permite salvarea copilului. Așadar, atenție la aceste simptome!

— **Care sînt complicațiile de temut ale bolilor infecțioase survenite, de regulă, din ușurința cu care părinții sau persoanele care-i îngrijesc pe copii privesc aceste afecțiuni specifice virsvelor mici?**

— Ignorarea, cum am mai spus, a primelor semne de boală complică și agravează chiar boala, dînd, de pildă, o bronhopneumonie după rușeolă sau chiar după o banală gripă sau suferințe renale și cardiace grave după o scarlatină nedepistată și tratată la timp. Oreionul determină, de asemenea, frecvent meningita iar hepatita virală acută, tratată insuficient, fără respectarea dietei alimentare, poate provoca o cronicizare a bolii sau chiar ciroza. Meningita și encefalita, nedepistate la timp, se pot complica cu abcese cerebrale, hidrocefalee, epilepsie, paralizii ale membrelor, dînd o mortalitate ridicată mai ales la sugari.

Părinții vor colabora cu medicul, veghind la respectarea regimului alimentar care face

parte din terapia acestor boli (cu predilecție a celor cu poartă de intrare digestivă). În diareea acută, dizenterie și hepatită regimul alimentar este mai important decît medicamentele.

— **Pot fi prevenite bolile infecțioase?**

— Desigur. Vom veghea în primul rînd la fortificarea și asigurarea unei rezistențe sporite la îmbolnăviri prin asigurarea unei alimentații corecte, în condiții de igienă corespunzătoare, folosind din plin factorii naturali de cãlire a organismului. Vom adăuga la aceste măsuri grija de a prezenta copilul la toate vaccinarile care se fac periodic pe categorii de vîrstă. Pentru bolile la care nu există vaccinuri, copiii vor fi feriți să vină în contact cu bolnavii.

Unii părinți sînt îngrijorați de „reacțiile” pe care le fac copiii la unele vaccinări. Îngrijorarea lor nu are temei deoarece aceste reacții sînt lipsite de pericol.

Tot preventiv, în boli ca hepatita virală sau chiar rușeola sau poliomieliia (dacă vaccinarea nu s-a făcut cum trebuie) se pot administra cu bune rezultate gamaglobuline specifice.

— **În mediul rural, îndeosebi, dar și în cel urban se întîlnesc des situații în care copiii sînt mușcați sau zgîrîiați de animale domestice sau sălbatice. Ce trebuie făcut în asemenea cazuri?**

— Cîinii, pisicile, șobolanii, mai rar vulpile, lupii sau vitele, pot transmite prin mușcături sau zgîrîieturi o boală deosebit de periculoasă — rabia sau turbarea —, care este mortală fără profilaxie specifică. După o mușcătură de acest gen în orice regiune a corpului, copilul va fi dus la medic. Acesta va hotărî atitudinea preventivă prin inocularea de ser antirabic, paralel cu toaleta corectă a plăgii. O acțiune eficientă o constituie prinderea și ținerea în supravegherea medicului veterinar a animalului de la care provine mușcătura.

— **Vă mulțumim, în numele tuturor cititorilor almanahului, părinți sau viitori părinți.**

Maria PREDOȘANU

(Urmare din pag. 30)

PREVENIREA ȘI COMBATEREA STĂRILOR PATOLOGICE PROFESIONALE

gelui în vase, față de poziția ortostatică care îngreunează circulația acestuia.

— **Care este efectul gimnasticii în producție și al controalelor medicale periodice? Cum poate ajuta cabinetul de medicina muncii?**

— Gimnastica în producție are ca scop prevenirea oboselii și creșterea capacității de muncă. Cercetările efectuate asupra muncitorilor care au efectuat sistematic gimnastică în producție, au dovedit clar, cu metode obiective fiziologice (de exemplu, cu variațiile timpului de latență a reacției motrice), că mișcările bine alese și intercalate în timp oportun în cursul celor opt ore de lucru au un rezultat favorabil în privința prevenirii oboselii precoce și astfel pot contribui la crește-

rea capacității de muncă. Controalele medicale periodice au ca scop punerea în evidență a eventualelor modificări patologice sau prepatologice și, prin intervenții medicale curativo-profilactice, restabilirea sănătății muncitorilor. În această activitate, cabinetul de medicina muncii, respectiv specialistul de medicina muncii, are un rol esențial. Specialistul cunoaște foarte bine toți factorii legați de muncă și de procesul tehnologic. De asemenea, primele simptome minore care pot fi legate de acțiunea nocivă a acestora. Pe lîngă măsurile de recuperare, medicul de medicina muncii poate indica și pe cele în scopul eliminării unor factori nocivi.

INTOXICAȚII ȘI ANTIDOTURI

interviu cu conf. dr Marțian COTRĂU,
de la Catedra de toxicologie a I.M.F. Iași —



— Împreună cu accidentele, intoxicațiile reprezintă în momentul de față în întreaga lume o mare problemă de sănătate publică datorită faptului că ele ocupă locul 4—5 în tabloul morbidității și mortalității generale. În calitatea dv. de reprezentant a unei științe ce are rădăcini și implicații covârșitoare în lumea modernă pentru om și mediul înconjurător — toxicologia — ce ne puteți spune despre cauzele riscurilor la care sînt supuse organismele vii?

— Orice formă de viață fie minerală, fie biologică, se desfășoară după anumite legi, capabile să-i asigure evoluția normală. În lumea biologică numeroase riscuri amenință permanent organismele vii. Riscuri pot fi de natură fizică (fenomene meteorologice, electrice, radiații ionizante), microbiologice și chimice, legate de modul de viață (situație economică, relații sociale, urbanizare, mijloace de transport etc.). Riscurile sînt reprezentate de substanțele capabile să deterioreze sau chiar să distrugă procesele vitale ale organismelor. Toxicii reprezintă amenințarea continuă exercitată de mediul înconjurător asupra individului sau a colectivității.

— De cînd se cunosc toxicii și ce rol au jucat ei?

— Strămoșii omului au apărut ultimii pe Terra, unde era deja constituită lumea minerală, vegetală și animală. Pentru a supraviețui, ei își adunau hrana din mediul înconjurător — erau culegători și vînători — apoi, în epoca neolitică, s-au stabilit ca păstori și agricultori. Spre deosebire de animale — nevertebrate și vertebrate —, care posedă instinctul de a diferenția hrana otrăvitoare de cea inofensivă, omul a trebuit să învețe, uneori cu riscul vieții, să se ferească de otrăvuri; el a fost, deci, „toxicolog” în mod empiric. Aceste cunoștințe despre otrăvuri i-au oferit o armă de temut. El și-a dat seama că nefiind destul de ager și de rapid pentru a prinde anumite animale, nici destul de puternic pentru a face față dușmanilor numeroși, ar putea spori puterea de ucide a armelor primitive prin efectul supraadăugat al otrăvii. Dovezi în acest sens există chiar din preistorie; spre exemplu, în grottele de la Massat (Franța) s-au descoperit săgeți de corn cu virfurile prevăzute cu un mic șanț longitudinal, în care se introducea otrava.

— Ce înțelegeți de fapt, prin termenii „toxic” și „otrăv”?

— Majoritatea culturilor au cunoscut fenomenul de otrăvire, iar termenul „toxic” există și el în majoritatea limbilor. El era cunoscut de grecii antici sub forma „toxikon” (otrăv), care după Dioscoride (secolul I e.n.) deriva de la „toxan” (arc) și se referă la practica utilizării săgeților otrăvite în luptă sau la vînătoare. Unii autori afirmă că „toxikon” provine de la „tako”, cuvînt egiptean cu semnificația de distrugere, moarte. După Pliniu (secolul I e.n.) termenul „toxicus” derivă de la „taxus”, o specie de conifer ale cărei fructe otrăvitoare erau folosite la înveninarea săgeților. Cuvîntul „otrăv” din limba noastră provine de la verbul slav „otraviti” (a produce amărăciune, mîhnire, a tulbura seninătatea sufletească). Astăzi prin „otrăv” se înțelege o substanță utilizată în scop criminal iar prin „toxic” orice substanță chimică, capabilă să distrugă înlanțuirea dinamică a echilibrelor vitale, cu alte cuvinte, homeostazia organismului viu.

— Ce sînt intoxicațiile și cum se clasifică ele?

— Intoxicația este ansamblul de semne și simptome — constituind o stare patologică — instalată după pătrunderea unui toxic în organism. Ca urmare, se produce dereglarea, alterarea sau chiar abolirea unor funcții vitale, uneori cu sfîrșit letal. Intoxicația presupune, obligatoriu, pătrunderea, din exterior, a unui toxic în organism pe cale digestivă, respiratorie, transcutanată, transmucoasă, parenterală etc. În cadrul intoxicațiilor se disting: intoxicațiile voluntare (crime, sinucideri, toxicomanii) și cele accidentale (accidentale propriu-zise, medicamentose, profesionale, alimentare). O formă aparte de intoxicație este fenomenul de doping.

— Frecvența tipului predominant de intoxicație a rămas oarecum constantă în decursul timpului sau a suferit variații?

— Intoxicații s-au produs în toate epocile de-a lungul istoriei, dar au existat perioade în care răspîndirea otrăvurilor a luat o amploare neobiș-

nultă: Roma imperială, Italia în timpul Renașterii, Franța secolului al XVII-lea etc. Începînd din secolul trecut, odată cu progresele în depistarea toxicilor — ceea ce permitea descoperirea crimelor aproape cu certitudine — ca și cu evoluția conștiinței umane, numărul crimelor a scăzut considerabil. Totodată, dezvoltarea chimiei și modernizarea modului de viață a determinat creșterea masivă a numărului intoxicațiilor accidentale, ca și al sinuciderilor. O caracteristică a secolului nostru este, din acest punct de vedere, frecvența crescută a episoadelor de intoxicație colectivă. Să menționăm doar episoadele de intoxicație cu smog oxidant (înregistrat la Los Angeles), cu acid (la Londra) cu mercur (produsă în golful Minamata — Japonia), dioxină (la Seveso — Italia), izocianat de metil (la Bophal — India), care au provocat sute de mii de victime și mari pagube materiale dar au atras, totodată, atenția forurilor competente asupra posibilității prevenirii unor asemenea catastrofe.

Din totdeauna otrăvitorul a fost înfierat, fiind considerat cel mai josnic dintre criminali, iar otrava a fost privită ca arma celor lași. Oricare ar fi mobilul crimei — răzbunare, ură, dorință de putere sau de avere, dragoste — otrăvitorul nu are nici o scuză, nici o „circumstanță atenuantă” căci el a premeditat crima. De aceea, în toate timpurile legile au prevăzut pedepse aspre pentru această nelegiuire. Iată câteva exemple: în antichitatea romană, legiuirea fundamentală denumită „Cele douăsprezece table” (secolul V î.e.n.) stabilea: „Cel ce prepară sau administrează otrăvă, va fi considerat criminal” iar Legea Cornelia (81 î.e.n.) se ocupa, într-un capitol special, de ucigași și otrăvitori; Legea salică a francilor (secolul V e.n.) stabilea o amendă uriașă pentru „oricine dă cuiva să bea ierburi pentru a-l face să moară”; Edictul dat în 1682 de Ludovic al XIV-lea, regele Franței, în urma răsunătoarei „Afaceri a otrăvurilor” prevedea: „Vor fi pedepsiți toți cei dovediți că s-au servit de otrăvuri fie că a survenit, sau nu, moartea, ca și cei dovediți că au pregătit sau distribuit otrăvuri pentru a otrăvi...”. În Pravila lui Vasile Lupu (1646) se scrie: „Orcine va omori pre altul cu otrăvă, să se certe mai rău decît acela ce face ucidere cu sabia sau cu altă armă...”.

— Care sînt azi cele mai frecvente intoxicații accidentale?

— Este interesant că, deși trăim într-o epocă chimizată, intoxicațiile acute cele mai numeroase se produc cu medicamente; ele sînt urmate de pesticide și apoi de intoxicațiile cu alcool, oxid de carbon, produse chimice de uz casnic — în primul rînd sodă caustică — etc. Dintre medicamente, cel mai des sînt implicate în intoxicații acute somniferele, tranchizantele și cocteilurile medicamentoase cu consum anterior sau concomitent de băuturi alcoolice. Pesticidele, mai ales cele organofosforice, produc intoxicații mai frecvente atunci cînd nu se respectă regulile de igienă, consumîndu-se fructele și legumele tratate, fără să fie spălate. De asemenea, compuşii organofosforici de tip Paration provoacă numeroase accidente la utilizarea lor pentru dezinsectizări casnice, fiind con-

fundat cu „Verdele de Paris”, care este compus de arsen nevolatil, spre deosebire de Paration, extrem de volatil și extrem de toxic.

— Dar în ceea ce privește intoxicațiile la copii?

— La copii intoxicațiile survin în primul rînd, după cum se știe, datorită curiozității lor de a încerca totul și, apoi, neglijenței părinților care lasă la îndemîna lor substanțe sau produse toxice ori potențial toxice: medicamente, băuturi alcoolice, soluții de insecticide sau dezinfectante, produse petrolifere. Sensibilitatea crescută a organismului copiilor explică gravitatea și chiar fatalitatea intoxicațiilor.

— V-am ruga să abordați și implicațiile socio-economice ale impactului dintre toxic și organism.

— Intoxicația, indiferent de tipul ei, afectează deopotrivă individul și societatea. Dacă suferința umană nu poate fi actualmente cuantificată, în schimb se apreciază că efectele negative socio-economice constituie o sarcină considerabilă pentru individ și societate. În urma intoxicării, subiectul își pierde, temporar sau definitiv, capacitatea de muncă. În plus, necesită cheltuieli pentru spitalizare și tratament, precum și concediu sau pensie de boală. Spre a da numai un exemplu: se cifrează la aproximativ 50 000 lei îngrijirea medicală necesară, în medie, unui intoxicat cu sodă caustică.

— Există posibilități de apărare împotriva intoxicațiilor?

— Apărarea împotriva intoxicațiilor include, în primul rînd, identificarea și clasificarea agenților toxici, ca și descoperirea mecanismelor toxicității. Prin aceasta se ajunge la aplicarea antidoturilor, cînd intoxicația acută sau cronică s-a declarat, precum și la prevenirea intoxicației, prin interzicerea utilizării unui agent chimic sau a ingerării unui aliment dovedit nociv. Referindu-mă doar la primul aspect — al antidoturilor — menționez că ideea este tot atît de veche ca și a otrăvurilor, pentru că au apărut, în mod firesc, din necesitatea de apărare împotriva lor. Necunoscîndu-se proprietățile chimice și modul de acțiune a otrăvurilor, la alegerea antidoturilor se proceda în mod empiric, lăsînd imaginației și chiar relei credințe un vast cîmp de combinații. Se atribuiă proprietăți miraculoase de contraotrăvă și, uneori, de indicator al prezenței otrăvii, oriunde s-ar fi aflat în preajma omului, celor mai variate produse: pîrți de plante și animale, pietre prețioase, alte minerale etc. Căutarea de noi antidoturi a avut, ca la tură pozitivă, primele încercări de a studia plantele. Plutarh, în „Vieți paralele” relatează că Attalos Philometor, regele Priamului (secolul II î.e.n.), cultivase ierburi otrăvitoare, plantîndu-le el însuși în grădina palatului regal; semînîdu-le, „își dădea silința să le cunoască sucurile și semințele”. Teama de otrăvire a impus, de asemenea, necesitatea creării obișnuinței la otrăvă. Un text antic menționează: „Efectele tuturor plantelor, tîmădu-

itoare sau otrăvitoare, sînt micșorate datorită obișnuinței". Este cunoscut cazul lui Mitridate, regele Pontului (secolul I î.e.n.), care ingera cantități crescînde de otrăvuri pentru a se feri prin crearea obișnuinței, de o eventuală otrăvire. Și tot lui i se datoresc o serie de rețete de antidoturi, larg răspîndite în lumea antică și chiar mai tîrziu.

— Cum a evoluat conținutul noțiunii de antidot odată cu înțelegerea mecanismelor care stau la baza toxicității fiecărui toxic sau grup de toxici?

— În sensul modern al noțiunii, antidoturile sînt substanțe capabile să inactiveze toxicele prin fenomene fizice sau chimice (antidoturi propriu-zise, ori să antagonizeze efectele toxicelor) antidoturi fiziologice. Dintre antidoturile propriu-zise fac parte substanțele chelante, de exemplu, dimercaptopropanolul (DMP), cunoscut și sub numele de BAL (British Anti-Lewisite), antidot tioloilor împotriva arsinelor și a unor metale, elaborat de marele chimist R. Peters și de medicul român Gavrilescu în timpul celui de al doilea război mondial. Un exemplu de antidot fiziologic este atropina, care combate, în intoxicațiile cu substanțe organofosforice, efectele muscarinice declanșate prin acumularea de acetilcolină. Recent se utilizează, ca adjuvant în această intoxicație, pseudocolinesteraza exogenă, cu rol de tampon fiziologic sau de „silent receptor”, suplinind colinesteraza plasmatică inhibată de toxic. Trebuie însă de menționat că numărul antidoturilor specifice este restrîns, astfel încît numai 2 la sută din intoxicațiile acute beneficiază în prezent de tratament antidotic.

— Și totuși, se poate încheia pe o notă de optimism această succintă trecere în revistă a unor probleme legate de „știința otrăvurilor”?

— Desigur. Istoria antidoturilor moderne începe numai în anul 1940, odată cu cercetările lui J. Chen. În mai puțin de o jumătate de secol s-au validat antidoturi pentru mai multe categorii de toxice, iar numărul vieților salvate astfel este impresionant. Cercetările în curs îndreptătesc speranța în noi și valoroase realizări. Recent, o nouă ramură a toxicologiei, denumită imuno-toxicologia, a descoperit o cale neabătută de preparare de antidoturi biologice. Se folosesc anticorpi monoclonali, cu greutate moleculară mică, și mare specificitate, care vor complexa toxicul, eliminîndu-l, cu ușurință și fără risc, pe cale renală. Cu asemenea perspective se va ajunge la o etapă calitativ superioară în lupta contra toxicelor adevărînd, o dată mai mult, valoarea aforismului: „Spes anchora vitae” („Speranța este ancora vieții”).

— Într-adevăr, un frumos dicton dar care pune parcă și mai mult în valoare înțeleptul proverb românesc „Prevenirea e mama sănătății”.

Cristian IONESCU



BUNĂ DIMINEAȚA, VIAȚĂ!

16 iunie 1986. O zi ca oricare alta în viața Clinicii de obstetrică și ginecologie a Spitalului clinic municipal din Capitală și totuși, în existența datorită familiei și a reporterului chiar, această zi, mai bine zis garda de noapte din această zi, a rămas o amintire de neuitat, iar pentru nou-născuții care au venit pe lume, momentul tulburător al apariției lor certe la ființele Terrei.

S-a mai născut un om... repetam în gînd — fără să mă emoționeze prea tare ideea reportajului —, încercînd să intru, pentru 12 ore, în ritmul intim al de specific unei gărzi dintr-o maternitate. Nu este același lucru dacă naști sau privești cum se naște. Am simțit aceasta încă din momentul în care, îmbrăcătă adecvat, m-am alăturat echipei de medici, condusă de prof. dr. Traian Rebedea, la obișnuita contravizită de după amiază. Calm, cu răbdare și răspundere, se prezentau fișele de observație ale fiecărei gravide, lăuze sau bolnave în parte, indicîndu-se gărzii atitudinea terapeutică din momentele imediat următoare. De ce așa? Pentru că situația unei intervenții într-o asemenea clinică se poate schimba de la oră la oră, ba chiar la interval de cîteva minute. Un travaliu început bine, poate sfîrși pe masa de operație așa încît echipa celor cinci medici condusă de dr. Iulian Badea, medic primar și șeful gărzii, părea pregătită sulle teste pentru orice împrejurare neprevăzută. Oricum, la ora 19,30, moment de la care mi-am propus să notez tot ce se întîmplă, era oarecum liniște. Doctorițele secundare Mihaela Miștoi și So-



rina Takouzli găseau oarecum firesc să facă o pauză, întrerupând acest „ritual” de cîte 2—3 ori, din cauza chemărilor la cabinetul de gardă aflat la un etaj inferior. În sala de naşteri, sub supravegherea şefului gărzii, se preluase prima naştere. Mama, Petruţa Radu, cooperatoare agricolă din comuna Ciorogîrla, aducea pe lume cel de-al treilea copil din familie, o fetiţă, venită după 2 ore şi jumătate de travaliu, cu o greutate de 3 kg.

Ora 21.30. După un travaliu laborios de cîteva ore bune, timp în care surorile medicale Mariana Niţu, Iosefina Ionescu şi Paula Stan s-au perindat minute în şir la patul ei, învăînd-o cum să respire şi ce să facă pentru a uşura expulzia, naşte tinăra Maria Marcu, ţesătoare la Cooperativa „Arta Manuală” din Bucureşti, care abia a împlinit 20 de ani. Asistă dr. Radu Filipescu, cu aerul său de adolescent pus mereu pe glume. „Mămico, respiră; mămico, nu forţa; bravo mămico!”, aud mereu încurajările doctorului Radu Filipescu care după o perineotomie, îi dăruieşte Marianeî Marcu o mोगildeaţă doloană de aproape 4 kg şi 53 cm. Cu gesturi sigure, copilului i se leagă cordonul ombilical, i se curăţă cavitatea nazală şi bucală, i se pune tubul de oxigen. Cîteva zvîrcoliri şi boţul de carne începe să tipe. „Să-ţi trăiască fata”, rosteşte medicul ştergîndu-şi fruntea transpirată în timp ce doctoriţa Doina Mereuţă şi sora medicală Constanţa Dincă de la nou-născuţi îi arată tinerei mame, spre identificare, odrasla adusă pe lume. Chipul pînă atunci crispat şi suferind al mamei se destinde şi un zîmbet cald îi inundă privirea. Ca nişte zîne bune, surorile şi doctoriţa de la nou-născuţi se îndepărtează purtînd în scutecele albe preţioasa comooră. Noapte de noapte, fac acest drum de cîte 10—15 ori, ducînd în saloanele cu pătucuri liliputane noile vieţi. La minuţa Paulei s-a legat nr 39 pe o bentiţă albă de bumbac aidoma cu al mamei sale, reprezentînd, pentru cîteva zile, singurul ei act de identificare.

O întreb dacă, fiind prima naştere, nu şi-ar fi dorit cumva un băiat. Zîmbeşte şi-mi spune că-i foarte fericită şi de fetiţă. Oricum, s-a sfătuit cu soţul, Simion, instalator pe un şantier, ca următorul să fie, dacă se poate... băiat. I-ar pune numele Iulian... Îi doresc sănătate şi împlinirea tuturor viselor legate de acest capitol din viaţa ei de familie.

Ora 23.40. Naşte, asistată de dr. Iulian Badea, şeful gărzii, gravida Maria Rogojinaru din comuna Stoicănecsti, judeţul Olt, care aduce pe lume, la nici 23 de ani, un băiat, primul băiat care se naşte în această gardă. Între timp, jos la internări, doctoriţele Irina Takouzli şi Mihaela Miştoî întocmesc fişele de internare, în vreme ce „Salvările” vin fără oprire.

M-a răzbit oboseala, şi mi-e din ce în ce mai greu să ţin „ritmul” cu echipa. Fac imprudenţa să

părăsesc pentru cîteva minute sala de naşteri. Cînd mă întorc în sala de operaţie doctorii Filipescu, Badea şi Ramzi lucrau intens la o cezariană. Pierdusem momentul (era ora 1 noaptea) cînd dintre ceafşurile albastre, doctorul Badea a scos doi băieţi, Ionuţ şi Florinel, gemenii familiei Rădulescu din satul Copăcenii, comuna 30 Decembrie. La 21 de ani, mama, Niculina Rădulescu, laborantă la Fabrica de nutreţuri combinate din comună, i-a dăruit soţului său doi flăcăi, de care era foarte mîndră la „trezire”. Regretînd că n-am fost „de faţă” priveam de la distanţă, din motive lesne de înţeles, şi mă prefăceam că nu-mi dau seama de strădania echipei de a-şi păstra „calmul” obişnuit. Se vorbea liniştit, se glumea, dar minile, minunatele lor mîini, lucrau cu repeziciune. La căpătîiul mamei veghea grijuliu medicul anestezist Mihai Crăciunoiu. După operaţie, i-am surprins de cîteva ori pe doctorii Badea şi Filipescu urmărind absenţi firul unui gînd. Sînt sigură că rememoraui fiecare gest din actul operator. Dincolo de glume, de calmul şi liniştea de pe chipul şefului gărzii se ascundea sentimentul mereu treaz al responsabilităţii pentru viaţa tuturor „mămicilor” şi a puilor lor.

17 iunie 1986, ora 2.45. Naşte un băieţel Amalia Ivona Bohateret, o ingineră de 30 de ani. Are acasă o fetiţă de 1 an şi 7 luni. E fericită, dar speriată de perioada ce urmează expulziei. Medicii o liniştesc, vorbindu-i calm, de parcă abia atunci ar fi intrat în gardă.

Simt că nu mai rezist, deşi aş vrea s-o văd născînd pe Mihaela Tomescu, o studentă în ultimul an la chimie, care în momentul cînd doctoriţa Takouzli o consulta încerca s-o convingă să-i amîne naşterea. A doua zi, ar fi trebuit să-şi susţină examenul de stat. Nu ştiu ce a făcut cu examenul, ştiu doar că dimineaţa, la ora 6, cînd am intrat în sală, născuse, asistată de dr. Gigi Constantinescu, venit mai de dimineaţă ca de obicei în clinică. Băiatul Mihaelei şi al inginerului A. Tomescu de la I.J.T.L. Tirgovişte a încheiat lista naşterilor din garda condusă de dr. Iulian Badea. Am revăzut pentru cîteva minute, la obişnuita ceaşcă de cafea de la ora 7, echipa uneiei gărzii din viaţa mea. Îmi spuneau că în continuare urmează raportul de gardă, cîteva operaţii şi nu mai reţin ce alte activităţi. După părerea lor, fusese o gardă „obişnuită”.

M-am despărţit de ei cu gîndul că ar trebui neapărat să dorm. Nu mi-am imaginat niciodată că voi trăi cu atîta emoţie miracolul naşterii altor vieţi, decît cele ale copiilor mei...

S-au mai născut nişte oameni, ştiţi aceasta voi. trecătorilor, ce vă grăbiţi spre locurile de muncă? Peste gîndul meu nerostit se ridicau, strălucitoare, razele soarelui unei dimineţi caniculare. Bună dimineaţa, viaţă!

Maria PREDOŞANU





MATERNITATEA – ACTUL SUPREM DE ÎMPLINIRE A FEMEII

Dacă progresele civilizației au permis proclamarea egalității dintre bărbat și femeie, această egalitate este desigur mai mult de ordin juridic și social și se referă la drepturile la muncă, la retribuții egale, la ocuparea unor funcții etc. pentru că din punct de vedere biologic există o deosebire fundamentală între sexe, atributele bărbatului fiind forță și îndrăzneală, iar cele ale femeii bunătațe, sensibilitatea.

Femeia este aceea care, transmițând viața, asigură permanența generațiilor și, deci, viitorul omenirii.

Pentru această mare operă de permanentizare a umanității, femeia merită o deosebită considerație, mai ales că opera ei este mult superioară celor mai reușite opere ale celor mai iluștri artiști.

De acest adevăr trebuie să fie conșinsă toată lumea și în primul rând femeia, care, conștientă fiind de marea forță creatoare care sălășuiește în ființa sa, să nu o minimalizeze, ci să o pună în valoare în interesul ei personal, al familiei și al societății. În interesul ei, în primul rând, pentru că copilul este împlinirea femeii. Numeroase cercetări au dovedit clar că organismul acesteia nu ajunge la deplina sa dezvoltare fizică și psihică decât în urma unei sarcini duse la termen, care, prin profunde modificări pe care le produce în întregul organism, atât prin intermediul glandelor endocrine, cât și prin solicitările crescute pe care le impune tuturor organelor, duce la deplina maturizare a întregii sale ființe, asigurându-i sănătatea pentru tot restul vieții.

Sînt femei care refuză să accepte sarcina, invocînd motive de sănătate, motive estetice, de ordin material etc. E un lucru bine stabilit că o sarcină

dusă la termen, nu numai că nu tulbură sănătatea femeii, dar vindecă o serie de afecțiuni generale și locale (debilitate fizică, tulburări endocrine, dureri la contact sexual și la menstruație etc.). Nici teama unor femei că sarcina le-ar defavoriza din punct de vedere estetic, prin deformarea pe care le-ar produce-o, nu e justificată. La femeia conștientă de importanța rolului ei de mamă, chiar evidența sarcinii îi conferă o atitudine de superioritate, de noblețe, care inspiră respect și admirație, iar circulația sîngelui, mai activă în timpul sarcinii, dă tenului gravidei un colorit special, ochilor ei o strălucire în plus, evidențiînd adevărata frumusețe feminină.

Pentru trînicia unei căsnicii copilul este o necesitate vitală, el este elementul de sudură între soți, care le dă și un scop în viață. O căsnicie fără copii este ca un vas care plutește fără nici un țel pe apele întinse ale oceanului și, deseori, nu rezistă încercărilor vieții.

A refuza sarcina, dar mai ales prima sarcină, sub diverse motive (lipsa condițiilor materiale, a locuinței, vîrsta prea tînră etc.) este o mare greșală, care se plătește deseori cu o sterilitate pentru tot restul vieții și cu distrugerea fericirii casnice. În mod firesc, un cuplu tînr trebuie să aducă pe lume copii în interesul familiei și al societății.

Tinerețea este, cu precădere, vîrsta concepției, cînd ambii soți au organisme viguroase; pentru femeia tînră purtarea sarcinii și nașterea sînt ușoare și șansele de a aduce pe lume copii sănătoși sînt maxime.

Femeia tînră trebuie să mai știe că prin copii familia se unește mai strîns, bărbatul i se dez-



voltă simțul de răspundere al unui tată, simte că are misiunea de a da vârstare sănătoase societății și își respectă soția, ca mamă. O familie cu copii are altă stabilitate, decît legătura sterilă, care lasă mai tîrziu doi oameni bătrîni, singuri pe lume.

Sînt cîșnicii, care s-au hotărît de la început să se limiteze la un singur copil. Copilul unic nu este o atitudine înțeleaptă și experiența arată că acest copil, lipsit de prezența fraților, pune grave probleme de adaptare la viața în colectivitate, atît din punct de vedere fizic cît și psihic.

De obicei unde crește un copil cresc și mai mulți.

Frații nu se vor simți niciodată singuri, între ei se naște sentimentul de într-ajutorare și dragoste; atenția părinților nu se concentrează numai asupra unui singur copil, care devine răsfațat, izolat de lume, cocoșit de teama de a nu-l pierde și, de foarte multe ori, egoist.

Desigur că nu toți părinții au concepții morale care să-i determine la acceptarea unui număr mare de copii. În orice caz, nu insuficiența condițiilor materiale poate fi o justificare pentru o limitare prea strictă a numărului de copii, fapt dovedit tocmai de familiile cu mulți copii.

Dar fiecare copil, ca viitor cetățean, are și o importanță de ordin social. Un popor nu poate supraviețui și nu se poate impune pe plan internațional dacă nu are o natalitate care să-i asigure un spor natural corespunzător dezvoltării sale social-economice.

Conturînd stătornică, nobila grijă, înaltul umanism și responsabilitatea comunistă față de viitorul națiunii noastre, secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu sublinia: "Avem răspunderea și îndatorirea, așa cum au simțit-o de-a lungul secolelor strămoșii noștri, să păstrăm și să dezvoltăm ființa poporului român. Tot ceea ce realizăm nu ar avea nici un sens dacă nu s-ar asigura vigoarea și tinerețea națiunii. Copiii reprezintă viitorul națiunii! Copiii sînt primăvara poporului nostru; ei reprezintă comunismul!"

În țara noastră, dezvoltarea impetuoasă și progresivă a industriei, agriculturii și a celorlalte ramuri de activitate cere cît mai multe brațe pricepute, minți tinere și entuziasm creator, pentru asigurarea cărora este necesar ca fiecare familie să aibă cel puțin 3—4 copii. Acest fapt, care stă la baza actualei noastre legislații este demonstrat științific, pe baza unor studii psihologice, economice, demografice și medicale aprofundate.

Orînduirea noastră socialistă oferă tuturor cetățenilor condițiile alcătuirii unor familii numeroase și sănătoase, bază a societății, pentru că numai 1—2 copii într-o familie sînt insuficienți pentru a menține o rată a natalității care să asigure supraviețuirea națiunii. De aci și toate eforturile pe care le face statul socialist în interesul familiilor cu copii mulți: alocațiile majorate pentru copii, ajutoarele bănești, numeroasele avantaje acordate femeii muncitoare gravide (asistența gratuită, concediile plătite, numeroasele creșe și cămine), eforturi la care și părinții trebuie să răspundă în mod corespunzător.

Dacă păstrarea sarcinii este utilă din toate punctele de vedere, în schimb, refuzul acesteia este dăunător iar întreruperea ei, chiar legală, este legată de multe riscuri pentru sănătatea femeii. Aceste riscuri, mai mici în avortul legal, sînt foarte mari în avortul delictual, care, deseori, periclitază sănătatea și chiar viața femeii.

Toate metodele utilizate în avortul criminal sînt deosebit de periculoase pentru viața femeii și dacă mamele care intenționează să-și întrerupă sarcina în mod ilegal ar avea posibilitatea să vadă cîte își pierd viața în maternități de pe urma avorturilor criminale, desigur că ar renunța la intențiile lor, ceea ce le-ar reda liniștea sufletească, le-ar păstra sănătatea și ar fi spre binele și fericirea familiei.

În țara noastră, unde situația juridică și socială a femeii reflectă nivelul înalt de cultură și umanism socialist al poporului nostru, protecția maternității e transpusă pe planul larg al intereselor permanente, majore ale colectivității.

Conf. dr. Vasile ACHIM,
șeful clinicii obstetrică-ginecologie,
Spitalul clinic „Giulești"



SARCINA ȘI APARATUL URINAR

Prezența și dezvoltarea fătului produce schimbări multiple în organismul matern. La acest proces fiziologic participă, prin schimbări morfologice și funcționale, și aparatul urinar. Astfel, crește volumul renal iar căile de excreție (calice, bazinet, ureter) se dilată. Rinichiul se mărește în medie, cu 1 cm în lungime, ca o compensare a creșterii volumului vascular renal, iar sistemul de evacuare (căile de excreție) se dilată, prin aportul mărit de urină și prin peristaltismul diminuat, urmare a efectului relaxant al musculaturii produs de progesteron (un hormon produs în timpul sarcinii). Aceste modificări apar precoce, la 3 luni de sarcină, și sînt la apogeu spre sfîrșitul acesteia. Dilatarea aceasta conduce la stază urinară, al cărei rol favorizant al infecțiilor este bine cunoscut în urologie. După naștere, modificările se reduc treptat. În cazul rinichiului, de exemplu, descreșterea în volum se produce în circa șase luni.

Uterul, în creștere continuă, odată cu dezvoltarea sarcinii, deplasează vezica urinară în sus și, din pelvină, aceasta devine abdominală. Capacitatea ei crește, tot ca un rezultat al atoniei determinate de progesteron. Uretra se alungește, ca urmare al deplasării vezicii urinare.

La scurt timp după concepție, filtrarea glomerulară crește cu 30—50 la sută peste valorile avute înaintea sarcinii. Aceasta asigură o eliminare adecvată a substanțelor nocive produse în exces în această perioadă, prin adăugarea metabolismului fetal la cel matern. În medie, o femeie sănătoasă cîștigă în timpul sarcinii aproximativ 12,5 kg în greutate, care este repartizată între făt, placenta, lichid amniotic, uter, dezvoltarea sînilor, mărirea volumului sanguin și a masei grăsoase. În organismul matern se produce o retenție de apă urmare a retenției de electroliți, între care sodiul deține rolul frunții. Retenția de sodiu este rezultatul acțiunii diversilor hormoni ca: aldosteron, cortizon și estrogen, produși în cantitate crescută în timpul sarcinii. Se creează, astfel, o hipervolemie fiziologică, adică o creștere notabilă a volumului total de sînge circulant, care are drept urmare mărirea filtrării renale (glomerulare) de urină. S-a observat că filtrul glomerular, care apare precoce în sarcină, lipsește la femeia care avortează.

Tensiunea arterială minimă scade în primele două trimestre ale sarcinii cu 10—15 mm; apoi începe să crească, fără a atinge însă valorile dinaintea sarcinii. Probabil că acest fenomen este tot un rezultat al activității hormonale, al steroizilor placentari, care scad rezistența pereților arteriali.

În timpul sarcinii pot apare infecții fie pe un aparat urinar normal, fie pe unul afectat anterior sarcinii. Infecția urinară constituie o problemă majoră la pacientele obstetricate. Cele mai multe infecții încep cu contaminarea uretrale prin bacteriile perineale care, ocazional, pot migra în vezică. În mod obișnuit aceste bacterii sînt distruse de mijloacele naturale de apărare locală și eliminate prin actul micțional. Dar, în unele împrejurări, se poate dezvolta o infecție. Dilatarea ureterului, deshidratarea secundară vărsăturilor din primul trimestru, o posibilă scădere a potasiului

din organism etc. pot predispute grvida la bacteriurie și pielonefrită. Mecanismul de producere a pielonefritei rămîne, totuși, necunoscut, de cele mai multe ori, cînd aparatul colector este normal, fără calculi, și fără reflux de urină din vezică în rinichi. Mai rar, o infecție renală poate fi căpătată pe cale hematogenă, prin diseminarea la distanță a unei infecții tegumentare. Studiile medicale arată că circa 4—7 la sută dintre gravide prezintă o bacteriurie asimptomatică, procent asemănător cu cel al femeilor neînsărcinate și active sexual. Din această categorie, o mică parte din paciente prezintă o pielonefrită asimptomatică în timpul sarcinii, iar o altă parte, tot redusă, o pielonefrită după naștere. La circa 1/3 din pacientele cu bacteriurie asimptomatică în timpul sarcinii se pun în evidență, prin examen radiologic, anomalii congenitale ale tractului urinar.

Suferindele cu pielonefrită simptomatică prezintă un procent dublu de nașteri premature, față de femeile cu pielonefrită asimptomatică sau sănătoase. În pielonefrita acută, care se produce rar în timpul sarcinii, se poate întîmpla un avort sau naștere prematură, uneori, chiar moartea fătului. Glomerulonefrita acută poate avea aceleași urmări ca și pielonefrita acută. În forma cronică, glomerulonefrita poate predispute la preeclampsie sau eclampsie, care este o toxică gravidică, cu debut brusc, sau la crize de hipertensiune precoce în sarcină. O insuficiență renală acută, cu creșterea ureei și absența formării urinei, se întîlnește foarte rar în sarcină, obișnuit la începutul acesteia, prin hemoragie sau șoc septic, după un avort provocat.

Tratamentul acestor infecții este bine să se facă prin internare în spital, pentru o mai bună supraveghere. Pielonefrita acută sau glomerulonefrita acută au, în cele mai bune împrejurări, un pronostic favorabil, atît pentru mamă cît și pentru făt. În insuficiența renală acută pronosticul este mai rezervat, cca 10—25 la sută dintre paciente sucombînd prin septicemie. Deoarece antibioticele, folosite obișnuit în tratamentul infecției urinare, străbat placenta, trebuie ținut cont de efectul lor atît la mamă cît și la făt.

Calculii urinari se întîlnesc rar și ei reprezintă cauza cea mai frecventă de durere abdominală survenită în timpul sarcinii. Se recunoaște că episoadele de infecție sînt mai frecvente la femeile însărcinate care au litiază urinară.

Sarcina la o persoană cu un singur rinichi — celălalt a fost extras chirurgical sau este absent din naștere, — este posibilă cu condiția ca acest rinichi unic să fie sănătos. Nu are nici o importanță dacă rinichiul prezent este cel stîng sau drept. Important este ca rinichiul unic să aibă o funcție bună, fără infecție și așezat în poziție normală, deoarece rinichiul ectopic (așezat în alt loc din organism decît cel normal) este mai vulnerabil la infecție. La pacienta cu o nefrectomie pentru infecție renală trebuie efectuat controlul înaintea sarcinii, pentru detectarea unei eventuale infecții persistente a tractului urinar.

Dr. Traian CARCAȘ

CABINET JURIDIC FAMILIAL

Rolul femeii în familie și societate a fost consacrat pe plan legislativ în norme juridice care constituie totodată și reglementări în domeniul ocrotirii familiei, mamei și copilului.

Astfel, în Constituția Republicii Socialiste România se prevede că femeia are drepturi egale cu bărbatul, iar statul ocrotește căsătoria și familia și apără interesele mamei și copilului, asigură tinerilor condițiile necesare dezvoltării aptitudinilor lor fizice și intelectuale. (art. 23 și 24). Prin prevederile pe care le conțin, Codul Familiei și Codul Muncii contribuie, de asemenea, alături de celelalte reglementări, la ocrotirea familiei, mamei și copilului.

● **Femeia încadrată în muncă** se bucură de toate drepturile conferite de dispozițiile legale în vigoare personalului muncitor, de unele condiții speciale de muncă în vederea asigurării îngrijirii și educării copiilor, precum și de măsuri deosebite de protecție a sănătății, impuse de condițiile biofizice specifice femeii în general și ale femeii mame în special.

Femeile încadrate în muncă, cu contracte pe durată nedeterminată sau determinată, au dreptul la un **concediu de maternitate plătit**, care se compune dintr-un **concediu prenatal** (de sarcină) de 52 de zile și un **concediu postnatal** (de lăuzie) de 60 de zile, deci în total 112 zile calendaristice (art. 155 Codul Muncii și art. 14 din H.C.M. 880/1965).

Dacă nașterea se produce înainte de expirarea concediului prenatal, concediul postnatal se prelungește cu numărul zilelor de concediu prenatal neefectuate.

Quantumul indemnizației ce se plătește din fondurile Asigurărilor Sociale de Stat, în timpul concediului de maternitate, este de: 50 la sută din retribuție tarifară lunară (pentru femeile cu o vechime neîntreruptă în muncă pînă la 6 luni), 65 la sută din retribuție (pentru femeile cu o vechime neîntreruptă în muncă de la 6 la 12 luni), 85 la sută din retribuție (pentru femeile cu o vechime în muncă neîntreruptă de peste 12 luni), 94 la sută din retribuția tarifară lunară (pentru femeile care nasc al treilea copil și următorii), pentru acest din urmă caz indiferent de vechimea neîntreruptă în muncă (art. 15 din H.C.M. 880/1965).

Indemnizația de maternitate nu se reduce pentru primele trei zile calendaristice de concediu medical. Ea se acordă și acelor femei care dau naștere copilului în perioada de 9 luni de la desfacerea contractului de muncă din inițiativa unității pentru motive neimputabile, cum sînt: unitatea își reduce personalul prin desființarea unor posturi, ca urmare a reorganizării; unitatea își încetează activitatea prin dizolvare; unitatea se mută în altă localitate și are posibilitatea să-și asigure pe plan local cadrele necesare; unitatea se mută în altă localitate și persoana încadrată nu acceptă să o ur-

meze; persoana nu corespunde, sub raport profesional, postului în care a fost încadrată; în postul ocupat este reintegrat, pe baza hotărîrilor organelor competente cel care a deținut anterior acest post.

Indemnizația se acordă, de asemenea, în situațiile în care desfacerea contractului de muncă s-a făcut din inițiativa persoanei încadrate în muncă, cu preaviz legal, în una din următoarele situații: persoana încadrată nu-și poate continua munca din cauza stării sănătății, constatată prin certificat medical, și nu i se poate oferi în unitate o altă muncă corespunzătoare; persoana încadrată vrea să-și urmeze soțul, care își are locul de muncă în altă localitate; soția își urmează soțul, care a fost transferat în interesul serviciului sau mutat împreună cu unitatea în altă localitate, a fost trimis în misiune permanentă în străinătate sau să-lucrezze într-o organizație internațională; femeia a încetat activitatea fiind gravidă sau pentru a-și crește un copil pînă la împlinirea vârstei de 7 ani (art. 24 din H.C.M. 880/1965, art. 130, lit. a, b, c, d, e, f din Codul Muncii, art. 9, alin. 1, lit. i și k și alin. 2, precum și art. 10, lit. c din Legea 1/1970).

Cooperatoarele care lucrează în unitățile agricole de producție beneficiază de un concediu plătit pentru sarcină și lăuzie în total de 60 de zile lucrătoare, iar cooperatoarele din sistemul cooperației meșteșugărești beneficiază de concediu prenatal și postnatal de 112 zile și de indemnizații în procente identice cu cele din sistemul asigurărilor sociale de stat.

● **Dreptul unității de a dispune, din inițiativă proprie**, în condițiile art. 130, alin. 1 din Codul Muncii, **desfacerea contractului de muncă** este restrîns, conform art. 146 din Codul Muncii, în cazul femeilor gravide, al femeilor aflate în concediu de maternitate sau în perioada de alăptare, menținindu-se numai în situațiile în care: unitatea se mută în altă localitate și are posibilitatea să-și asigure pe plan local cadrele necesare; unitatea se mută în altă localitate, dar persoana încadrată nu accepta să o urmeze; persoana încadrată în muncă se pen-

sionează pentru limită de vîrstă ori pentru invaliditate de gradul I sau II; persoana în cauză este arestată mai mult de 60 de zile; persoana încadrată în muncă este condamnată definitiv pentru o infracțiune în legătură cu munca sa, dacă condamnarea o face necorespunzătoare postului pe care îl deține; instanța penală a pronunțat interdicția de exercitare a profesiei, temporar sau definitiv (art. 130, al. 1, lit. c, d, g, j, k și l din Codul Muncii).

În toate cazurile în care operează interdicția desfacerii contractului de muncă din inițiativa unității pentru femeia aflată în concediu de maternitate, unitatea este obligată să respecte concediul de maternitate, achitîndu-i indemnizația ce i se cuvine, putînd să-i desfășoare contractul de muncă numai la data expirării concediului.

● **Ordinea efectuării concediului de odihnă potrivit Legii 26/1967** va putea fi modificată și concediul reprogramat cînd femeia încadrată în muncă cere concediul de odihnă înainte sau în continuarea concediului de maternitate.

● **Prin art. 156 din Codul Muncii** se instituie o serie de măsuri de protecție a muncii femeilor și de ocrotire a mamei. Potrivit acestui text **femeile gravide și cele care alăptează nu pot fi folosite la locuri de muncă cu condiții vătămătoare, grele sau periculoase, ori contraindicate medical**, iar în ipoteza în care ele prestează muncă în aceste condiții unitatea este obligată să le treacă la alte locuri de muncă, fără scăderea retribuiției.

● **Unitățile sînt, de asemenea, obligate să acorde femeilor, în cursul programului de lucru, pauze pentru alimentarea și îngrijirea copilului**, de o jumătate de oră, la intervale de cel mult trei ore. La aceste pauze se adaugă și timpul necesar deplasării, dus și întors, la locul unde se găsește copilul, fără a putea depăși 2 ore zilnic, pauzele acordîndu-se pînă la împlinirea de către copil a vârstei de 9 luni. Pauzele și reducerea programului de lucru, acordate în scopul alimentării și îngrijirii copilului, se includ în timpul de muncă și nu au consecințe asupra remunerării sau a altor drepturi materiale.

● **Femeilor din unitățile socialiste de stat, care au copii bolnavi mai mici de 3 ani, li se acordă, potrivit art. 157 din Codul Muncii, pentru îngrijirea acestora, cu avizul medicului, concedii plătite, care nu se includ în concediul de odihnă.** Pe întreaga perioadă cît mama îngrijește copilul bolnav în vîrstă de pînă la 3 ani, aceasta beneficiază de interdicția legală instituită de art. 146 din Codul Muncii privitoare la desfacerea contractului de muncă, analizată mai sus, pentru situația femeii gravide sau a celei care alăptează.

● **Femeia cu contract de muncă pe durată nedeterminată, gravidă sau cu copil mic, poate opta și pentru soluția renunțării temporare la activitatea sa profesională, pînă la împlinirea de către copil a vârstei de 7 ani, pentru a putea să se ocupe personal de creșterea și îngrijirea acestuia.** Perioada întreruperii activității nu se ia în calcul ca vechime în muncă, în schimb femeia

beneficiază de vechime neîntreruptă în aceeași unitate dacă se reîncadrează (în termen de cel mult 90 de zile de la data cînd copilul a împlinit 7 ani la aceeași unitate sau chiar într-o altă unitate, dacă unitatea la care a lucrat inițial confirmă în scris că renunță la serviciile ei (art. 9, al. 2 și 4 din Legea 1/1970, art. 66 din Legea 57/1974, cu modificările aduse prin art. 21 din Legea 2/1983).

● **În cadrul sistemului de înlesniri create de stat în sprijinul părinților și în special al mamelor, funcționează creșele și grădinițele.** Cheltuielile necesare creșelor și grădinițelor se acoperă din fondurile alocate de stat și din contribuția lunară a părinților, în funcție de veniturile cumulate de către aceștia și de programul creșei sau grădiniței, suma variînd între 250 și 320 lei la grădinițe și între 270 și 500 lei la creșe.

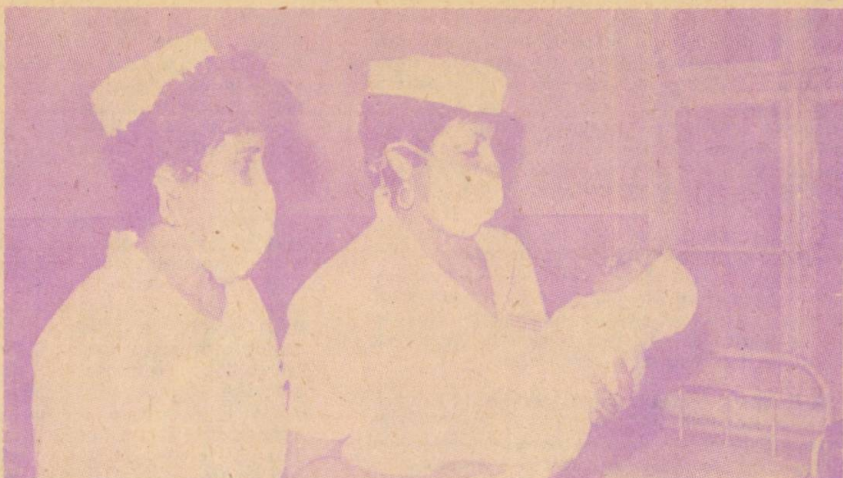
Pentru părinții cu venituri cumulate mai modeste și care au cel puțin doi copii în vîrstă de pînă la 16 ani, în unele cazuri, o parte din contribuția datorată pentru întreținerea în creșe și grădinițe, variînd între 20 și 50 la sută, se poate suporta, în limita sumelor alocate, cu aprobarea organelor de conducere colectivă, din fondul de participare la beneficii în vederea constituirii fondului pentru acțiuni sociale și din fondul de premii constituit potrivit legii (Decretul Consiliului de Stat nr. 65 din 7 februarie 1982).

● **În vederea asigurării creșterii și educării copiilor, statul acordă și sprijin material familiilor cu copii sub forma alocațiilor de stat, indemnizațiilor pentru copiii cooperatorilor, ajutoarelor pentru mamele cu mulți copii, ajutorului pentru soțiile de militari în termen, indemnizațiilor de naștere.**

În acest sens, la 26 decembrie 1985, s-a adoptat Decretul Consiliului de Stat nr. 410, care a intrat în vigoare la 1 ianuarie 1986. Potrivit acestui act normativ, statul acordă alocația de stat pentru copiii în vîrstă de pînă la 16 ani aflați în îngrijirea familiei, alocația acordîndu-se lunar, în cîantumuri diferențiate, în raport de numărul copiilor aflați în întreținerea familiei, de veniturile titularului alocației și de mediul urban sau rural în care acesta domiciliază (art. 1, al. 2 și art. 2).

● **Cuantumul alocației de stat pentru copii se modifică ori de cîte ori se schimbă numărul copiilor, veniturile titularului, mediul (urban sau rural) în care acesta domiciliază și celelalte condiții în raport de care se acordă alocația.** Potrivit art. 11 din decretul de mai sus, alocația de stat nu se acordă pentru copiii ce sînt elevi în școli care le asigură întreținerea completă din partea statului, iar pentru cei aflați în instituțiile de asistență socială se acordă numai în cazul în care părinții plătesc integral costul întreținerii. Alocația nu se acordă cumulativ cu bursa, persoanele îndreptățite putînd să opteze pentru una din ele.

● **Decretul 410/1985, la capitolul III, reglementează situația ajutoarelor ce se acordă mamelor cu mai mulți copii și soțiilor de militari în termen, precum și a indemnizației de naștere.** Potrivit art. 18, mamelor care au în îngrijire trei sau mai mulți copii în vîrstă de pînă la 18 ani li se acordă ajutoare bănești lunare de cite



400 lei pentru cele cu 3 sau 4 copii și de câte 500 lei pentru cele cu 5 sau mai mulți copii.

Din analiza dispozițiilor legale rezultă că legiuitorul a instituit acest ajutor în considerarea mamelor care au în îngrijire trei sau mai mulți copii în vîrstă de pînă la 18 ani. Pe de altă parte, trebuie semnalat faptul că la stabilirea și plata ajutorului se are în vedere împrejurarea ca acești copii să se afle în îngrijirea efectivă a mamei, neavînd relevanță dacă ei sînt și născuți de mama care îi are în îngrijire sau sînt copiii ai soțului proveniți dintr-o căsătorie anterioară sau din afara căsătoriei. În aceeași ordine de idei, chiar dacă mama a născut trei sau mai mulți copii dar în îngrijirea ei efectivă se află mai puțin de trei copii, ea nu beneficiază de ajutorul instituit de Decretul 410/1985. Această soluție rezultă din prevederile art. 19, al. 1 și 2, în care se arată că în situația în care, pe lîngă copiii pe care i-a născut mama are în îngrijire și copiii ai soțului său proveniți dintr-o căsătorie anterioară sau din afara căsătoriei, se iau în considerare și aceștia, iar pentru ipoteza în care copiii au fost înfiați de alte persoane sau au fost încredințați, în condițiile legii, altor persoane, li se asigură întreținerea din partea statului în leagăne, case de copii, cămine pentru copii deficienți nerecuperabili, unități de reeducare, aceștia nu se iau în considerare la stabilirea ajutorului. Ajutorul se acordă pe tot timpul vieții mamei, indiferent de natura și nivelul veniturilor sau ale altor drepturi bănești, cu condiția ca mama să îngrijească efectiv trei sau mai mulți copii pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani sau pentru situația cînd își continuă studiile, pînă la terminarea acestora, dar fără a depăși vîrsta de 25 de ani. Potrivit art. 21, ajutorul se acordă mamelor care la data intrării în vigoare a decretului sau ulterior acestei date îndeplinesc condițiile prevăzute de decret. Pentru persoanele care la data intrării în vigoare a decretului beneficiază de un astfel de ajutor, legea stabilește că acest ajutor se va plăti în cuantumurile prevăzute de art. 18 din actul normativ modificat.

● **Dovada numărului copiilor aflați în întreținere** se face pe baza unei declarații date de mamă, cu certificatele de naștere legalizate, eventual cu hotărârile judecătorești ce privesc încre-

derințarea copiilor, cu adeverințe de la școala unde copiii urmează cursurile, cu o dovadă de la asociația de locatari, din care rezultă că mama are copii în îngrijire efectivă.

● **Pentru soțiile militarilor în termen**, care nu sînt încadrate în muncă și nu au alte posibilități materiale de existență, **se acordă un ajutor lunar de 500 lei (în mediul urban) și de 350 lei (în mediul rural)**, dacă se găsesc într-una din următoarele situații: sînt gravide, începînd cu luna a V-a de sarcină, au copii în vîrstă de pînă la 8 ani, sînt încadrate în gradul I sau II de invaliditate (art. 22).

Acest ajutor se acordă cumulativ cu alocația de stat. Ajutorul se acordă și mamei necăsătorite, dacă paternitatea copilului a fost stabilită față de un militar în termen, prin recunoaștere sau hotărîre judecătorească.

Au dreptul la ajutor, dacă îndeplinesc condițiile cerute de lege, și soțiile militarilor cu termen redus și ale elevilor școlilor militare (art. 24, al. 2).



După intrarea în vigoare a decretului, mamelor care au născut mai mult de un copil li se acordă o indemnizație de naștere de 1 500 lei pentru fiecare copil născut ulterior. Rezultă deci că indemnizația se cuvine pentru fiecare naștere, chiar dacă copilul nu a trăit. În art. 26 se arată că stabilirea și plata ajutorului se fac de către Comitetul executiv al Consiliului popular județean sau al municipiului București pe a cărui rază își are domiciliul persoana îndreptățită.

Judecător Despina OPRÎȘAN-FRUTH
Judecătoria Sectorului 5
București

SALVARE SAU EXPERIMENT?

În ziua de 15 noiembrie 1985 a decedat în Clinica „Loma Linda” din California, fetița denumită, la dorința părinților ei, Baby Fae. Adevăratul ei nume, din anumite motive, n-a fost divulgat. Sfârșitul vieții ei scurte a devenit un subiect larg comentat de opinia publică. Care a fost cauza marelui interes față de acest copil?



Baby Fae s-a născut prematur și medicii au constatat, după numai câteva ore, că îi lipsește aproape întreaga arteră coronară stângă. Nu avea nici o șansă de a supraviețui; în cel mai fericit caz ar fi putut să trăiască doar câteva săptămâni. În această situație nici o operație nu putea ameliora cazul. Viața copilului ar fi putut fi salvată doar printr-un transplant. Dar de unde să iei o asemenea „înmioară”?

Clinica californiană „Loma Linda” are la conducere pe medicul Leonard Bailey, în vârstă de 41 de ani. Acest medic este cunoscut în cercurile medicale și datorită cercetărilor sale, realizate împreună cu trei colegi, asupra oilor și caprelor. Aceste experimente au confirmat teoria că inima transplantată de la un animal tânăr la un pacient în vârstă fragedă nu provoacă fenomene de respingere.

În istoria de mai bine de 20 de ani a transplanturilor, doctorul Bailey este unicul medic care a început să reflecteze asupra posibilităților de transplant la om a unui organ de animal. În anul 1977, cunoscutul dr. Christian Barnard, pionierul transplanturilor, a ajutat inima bolnavă a unei femei cu inima unei maimuțe. Dar cele două inimi n-au salvat femeia de la moarte.

În ziua de 26 octombrie 1985, după atenționarea părinților că Baby Fae ar putea fi salvată printr-un transplant, dr. Bailey a înlocuit inima fetiței în vârstă de 12 zile cu inima unui pui de maimuță. Aceasta în speranța că nu are com-



plet dezvoltat sistemul imunobiologic de respingere și va primi organul transplantat. După operație, care a durat cinci ore, starea copilului a rămas „gravă” dar „staționară” și nu s-a manifestat nici un indice că organismul s-ar fi opus primirii organului transplantat. Copilul a fost plasat într-un incubator special, pe care tot timpul l-au supravegheat medicii. Dar, la 15 noiembrie 1985, lupta medicilor pentru viața micuței Fae s-a terminat.

Cazul Baby Fae a provocat printre specialiștii din lumea întreagă numeroase discuții. Ei nu exclud că dr. Bailey a pornit pe un drum nou, într-o direcție pe care, cu ani în urmă, mulți au respins-o. Creșterea numărului de transplanturi prezintă greutate în ce privește găsirea donatorilor și astfel experimentul trebuie continuat cu același zel. Dacă copilul cu o inimă de animal ar fi rămas în viață, acesta ar fi însemnat o nouă etapă în istoria transplanturilor de organe.

PROBLEME ALE MEDICINEI ȘI ALIMENTAȚIEI COSMICE

În cursul anului 1985 cincizeci de savanți americani s-au întrunit pentru a găsi soluții la diverse probleme ridicate de NASA, în legătură cu călătoriile în Cosmos. Unul din subiectele dezbătute s-a referit la fenomenele deosebite ce se observă la astronauți în perioada de imponderabilitate, după alunizare și la revenirea lor pe pământ. În timpul călătoriei nasul se congestionează, fața se umflă, pleoapele devin grele, auzul se micșorează. Membrile inferioare sînt dezumflate, avînd aspectul caracteristic al picioarelor de pui. Rinichiul nu mai reține apa și sarea. Senzația și dorința de a urina devine frecventă, datorită diminuării hormonilor antidiuretici. Odată cu urina se pierde și mult potasiu, fapt ce duce la unele tulburări cardiace, ca palpitații și extrasistole. Pe scurt, organismul se comportă ca și cum i-ar fi crescut, în mod real, masa lichidului din corp. După patru zile de zbor, aceste fenomene dispar. În primele ore de la începerea călătoriei cosmice inima bate neregulat, apoi se stabilizează la un ritm inferior celui normal. Profesorul Herbert Planel, de la Institutul de cercetări în biologia spațială din Toulouse, care a studiat viteza de circulație a sîngelui în timpul zborului, a constatat că la unii cosmonauți debitul de sînge din creier crește în timp ce la alții scade, fenomen pe care încă medicina spațială nu l-a putut elucida și care are implicații în aptitudinea acestora de a executa activități complexe în spațiu. Oasele devin mai poroase, iar scheletul, în condiția imponderabilității, se alungește cam cu 2-4 centimetri datorită decompresiei discurilor dintre vertebre, care nu mai sînt supuse greutatei corporale. Pierderea de calciu este de 100 miligrame pe zi, ceea ce înseamnă 3 grame pe lună, cantitate destul de mare dacă se are în vedere că rezerva calică a organismului uman este de aproximativ un kilogram. Datorită micșorării rezistenței imunitare, o serie de bacterii și ciuperci, în mod deosebit „Proteus” și „Pseudomonas”, se dezvoltă, ceea ce poate declanșa infecții grave, meningite, pneumonii, peritonite, septicemii. Așa de exemplu, „Pseudomonas” a declanșat o infecție urinară pilotului modului lunar „Apollo 13”, iar ciuperca microscopică „Tricophyton rubrum” o infecție cutanată comandantului adjunct de pe „Apollo 17”, pentru a nu cita decît două cazuri. Secrețiile hipofizei, tiroidei, suprarenalelor și glandelor genitale cresc.

În zborul lui „Saliut 7” s-a studiat distribuirea sîngelui în sectorul intratoracic, în condiții de imponderabilitate, respectiv declanșarea unor reacții hormonale, prin care, la capătul a două zile, organismul caută să găsească o nouă stare de echilibru. Uneori mai apar hemoragii sub unghii, laringite, rinite, iritații ale ochilor și pielii, iar la întoar-



Cosmonauții francezi Patrick Baudry și Jean-Loup Chertien, avînd la mijloc pe cosmonautul sovietic Vladimir Soloviev, fotografiați în fața lui „Soiuz 7”

cerea pe pământ gastroenterite, sinuzite, herpes cutanat și tulburări prelungite de auz.

O altă problemă ce se ridică în situația efectuării unor călătorii cosmice de mai lungă durată este hrana astronauților. Membrii echipei spațiale sovietice „Saliut” au rămas în spațiu aproape opte luni. Aprovizionarea cu alimente, apă și oxigen s-a făcut prin depozitarea lor la bordul navelor cosmice. Reziduurile și resturile din timpul zborului au fost readuse pe Pământ sau, uneori, depozitate în Cosmos. Provizii au mai fost trimise, unor stații orbitale, cu ajutorul unor nave speciale de aprovizionare. Cosmonauții sovietici au experimentat cultivarea cepei și roșiilor în „grădini” speciale, minuscule, dar pentru cultivarea lor pe scară mai intensă este necesar să se găsească un sistem biologic regenerator, în circuit închis, care să recicleze reziduurile, transformîndu-le în materii reutilizabile. Specialiștii Companiei „Boeing” lucrează la proiectarea unor sere destinate stațiilor spațiale, dar va trebui să se vadă dacă plantele se dezvoltă în mediul lipsit de forța gravitațională, în cazul unor culturi mai întinse, sau să se găsească posibilitatea producerii acestei forțe prin rotația înceată a părții stației spațiale, în care se află sera. Oxigenul va fi produs chiar de plante prin fotosinteză, iar substanțele nutritive prin reciclarea resturilor umane și vegetale.

Cercetătorii cehoslovaci lucrează la realizarea unui incubator destinat producerii de prepelițe, pentru a li se asigura cosmonauților necesarul de proteine. De ce a fost aleasă această pasăre pentru călătoriile spațiale? Pentru că ea produce aproximativ 300 de ouă pe an, un adevărat record, iar cloacitul durează 17 zile. De la ieșirea din ou și pînă la maturitate prepelița nu are nevoie de mai mult de 35 zile, asigurîndu-se astfel o hrană bună, la intervale scurte de timp. Toate aceste probleme vor trebui să fie rezolvate într-un timp relativ scurt, deoarece oamenii de știință plănuiesc ca ocupanții stațiilor spațiale permanente, ce vor fi lansate pe o orbită în jurul Pămîntului pînă la finele acestui secol, să-și producă propria lor hrană și să le fie asigurată o sănătate deplină, pe toată perioada cît se află în spațiul extraterestru.

Aurel DIANU

STAȚIE-PILOT O.M.S.

Un edificiu sanitar construit de un arhitect inspirat și întreținut după normele de igienă cele mai exigente. Un ceas electronic marcând, pe hol, cu „pași” de catifea, trecerea inexorabilă a timpului. Liniște, flori, ambianță plăcută. Din cînd în cînd, stația de radioficare intră în funcțiune. Prelegerile de educație sanitară se intercalează armonios cu piese de muzică clasică: Enescu, Vivaldi, Bach... Cunoștințele sanitare, sfaturile medicale se întregesc fericit într-un act de cultură. Alteori, pacienții sînt invitați în sala de ședințe, mobilată cu un deosebit bun gust, unde li se prezintă filme pe diverse teme de cultură medicală.

Dispensarul comasat Nr. 1 din Pașcani, județul Iași, care poate rivaliza, prin aspectul estetic și funcționalitate, cu cele mai reprezentative unități de acest fel din țară, devenit, din 1985, stație-pilot O.M.S., a pornit să cerceteze, cu mijloacele informaționale cele mai moderne, căile de optimizare ale asistenței medicale ambulatorii și, sine die, ale activității medicilor de medicină generală. În acest scop, colectivul de medici de aici - dr. Leonard Toma, medic coordonator, dr. Olimpia Diaconu și dr. Constantin Știrbu - împreună cu cadrele medii sanitare au luat în studiu un eșantion de 20 000 de oameni. Deseori, bătînd din ușă în ușă. O depistare activă de mari proporții. Acțiune meticuloasă și dificilă.

Fiecare pacient a primit acasă o fișă medicală care prevede periodicitatea controalelor medicale, analizele ce trebuie efectuate, recomandările privind regimul de viață și alimentar. Date extrase din fișa-tip a dispensarului care cuprinde, codificat, în detalii minuțioase, toată evoluția stării de sănătate a pacientului, programul de recuperare, tratamentul administrat. Aprofundînd investigația, medicii au luat în studiu și copiii. În urma consultului medical, s-a stabilit transmiterea ereditară a bolii

la unii dintre aceștia. Profilaxia poate fi realizată, în aceste condiții, din vreme, ținînt, prin sfat genetic și sfat premarital.

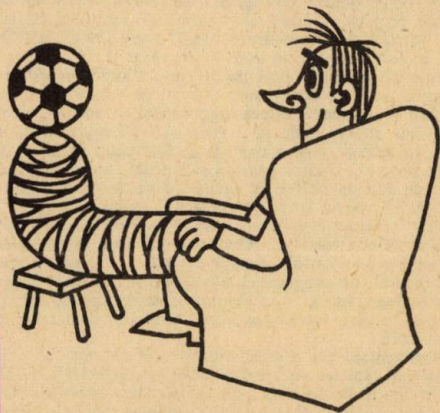
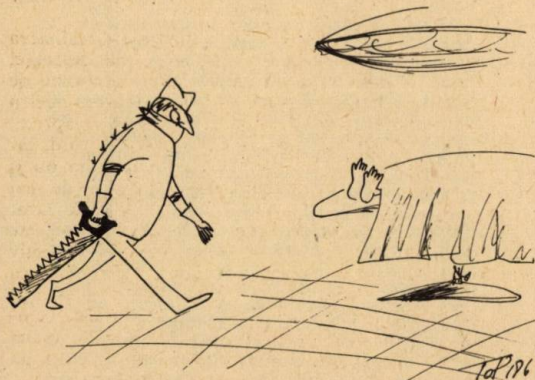
Dr. Leonard Toma ne relatează că rezultatele exacte ale anchetei de sănătate întreprinse vor putea fi cunoscute abia în anul 1987, cînd activitatea sanitară va fi trecută pe calculator. Dar unele rezultate parțiale se reliefează de pe acum. Cunoașterea în detaliu a morbidității populației a condus la o mai bună stăpînire a ei. Știindu-se că zona Pașcaniului prezintă un potențial crescut de diabet, la toate examenele medicale efectuate la încădrarea în muncă s-a inclus și examenul glicemiei. Depistarea are loc, pe această cale, în proporții de masă, cu șansa lansării și urmăririi cu succes a programelor de recuperare. În cazul afecțiunilor t.b.c., după efectuarea microradiografiei la toată populația activă, după descoperirea cazurilor noi, s-a trecut la desfășurarea anchetei epidemiologice, spre a se ști proveniența și a se urmări activ focarul. Supravegherea, pe aceleași principii, a cazurilor de hepatită virală a condus, în anul 1985, la reducerea lor cu 40 la sută.

Acțiuni similare au privit și celelalte afecțiuni dispensarizate. Cu aceleași mijloace moderne. S-a investit un volum de muncă impresionant. Deseori, fiind necesare deplasări la domiciliul bolnavilor, în întreprinderi și instituții pentru efectuarea controalelor medicale sau analizelor. Dar merită efortul.

Inventarierea meticuloasă a stării de sănătate reprezintă premiza sigură a stăpînirii ei. Directorul Spitalului orașenesc Pașcani, dr. Teodor Alexandrescu ne-a confirmat această judecată de valoare prin referințe concrete. Ultimii indicatori de sănătate ai urbei se situează la nivelul cel mai înalt din țară: natalitatea 21,3 la mie; mortalitatea generală, 5,2 la mie iar cea infantilă 17,1 la mie; sporul natural al populației 16,1 la mie, iar incapacitatea temporară de muncă 427,8 la sută. Cifre care pledează pentru nivelul înalt de profesionalitate al personalului sanitar. Și ce poate fi mai nobil, mai uman, decît să te dedici cu toată pasiunea și priceperea sănătății semenilor tăi?

Remus ANGHEL

C. TOPAN



NIC. NICOLAESCU

MEDICINA ÎNTR-O SUTĂ DE ANI

Acum 100 de ani aparatul de bărbierit, cel de fotografiat și automobilul erau inventate, iar Thomas Edison pune la punct becul electric. Medicina era însă în fașă. În anul 1880 două dintre cele mai recomandate remedii împotriva poliomielitei erau: un medicament otrăvitor și o formă primitivă de terapie prin electroșoc. Pentru a ajuta stimularea nervilor afectați, doctorii administrau acestor victime, majoritatea fiind copii, injecții hipodermice cu stricnină. Dacă dozele nu erau extrem de mici, ele erau cu siguranță mortale. Și pentru că medicii credeau, de asemenea, că îmbunătățirea circulației către creier va ajuta la vindecarea paraliziei cauzată de poliomielită, unii dintre ei aplicau „galvanism”, adică un curent electric la cap și la mușchii paralizați ai corpului. De fapt, tratamentele electrice zilnice, de 20 de minute sau chiar mai mult, nu erau neobișnuite. Este discutabil dacă acest fel de tratament ajuta pe cineva. În acele timpuri el era prescris cu bună credință. De atunci, științele medicale au străbătut un lung drum. Astăzi este evident pentru toată lumea că metodele de tratament s-au îmbunătățit. În loc de stricnină și electricitate bolnavii de poliomielită beneficiază de o terapie fizică timpurie. Iar de la data introducerii vaccinului Salk, în 1955, urmat de vaccinul oral Sabin, în 1961 numărul celor care s-au îmbolnăvit de această boală a fost în continuă scădere.

Mai mult, astăzi chiar și studenții în medicină din primul an au cunoștințe medicale mult mai solide decât veteranii anilor 1880. Orizontul de cunoștințe s-a lărgit datorită ultimelor descoperiri în biochimie, bacteriologie, nutriție, farmacologie, medicină preventivă, chirurgie și alte domenii. În ciuda salturilor spectaculoase făcute în tehnologie, bolile continuă să afecteze milioane de oameni, în fiecare an suferind sute de mii de vieți. Motivul ar fi acela că, după cum medicina s-a schimbat în ultimul secol, tot astfel s-au schimbat și „tiparele” bolilor. Pe măsură ce vechile maladii au fost eradicat sau îmbolnăvite de medicina modernă, altele noi le-au luat locul.

Multe boli epidemice din lumea de acum un secol au fost practic eradicat astăzi. Poliomielită este un exemplu. De asemenea, alte două, mult mai grave, variola și tuberculoza.

O boală foarte contagioasă și adesea fatală, ce lăsa urme pe față — adevărate cratere, de fapt cicatrici urite —, variola, făcea adevărate ravagii acum 100 de ani. Deși s-a introdus un vaccin antivariolic chiar din 1798, diferite forme ale bolii au continuat în timpul anilor următori să răpună până la 50 la sută din cei ce contractau boala. Odată ce un medic pune diagnosticul de variolă, nu putea face altceva decât să-și sfătuiască pacientul să se izoleze în camere bine aerisite și să folosească făină și amidon pentru a-și alina pruritul și să absoarbă supurația rănilor. Ori de câte ori murea un pacient, doctorii recomandau ca funeraliile să fie strict particulare și ca toate hainele, lucrurile și așternutul decedatului să fie arse pentru a evita contaminarea celorlalți. Deși nici astăzi nu există un tratament pentru variolă, medicii nu mai sînt alarmați. Potrivit O.M.S., un program de vaccinare — înclinat de succes în toată lumea — a eliminat complet spaima variolei, o dată pentru totdeauna, boala rămînd doar în cărțile de istorie.

Tuberculoza era o infecție bacteriană ce ataca de obicei plămîinii. Numită pe vremuri fizie, era principala cauză a mortalității. Boala ataca oameni din toate păturile sociale, dar hrana improprie și condițiile proaste de viață îi făceau pe săraci să fie mai susceptibili. În aproape fiecare caz,

tuberculoza se dovedea fatală. Un medic a scris în 1888: „Majoritatea oamenilor cred că fizia este incurabilă, și nimic nu pare mai natural ca atunci cînd cineva este atacat de această boală să se îndrepte spre mormînt, iar prietenii să se pregătească pentru înmormînt”. În ciuda acestei prognoze sumbre, medicii de atunci ofereau tratamente variate, însoțite de exerciții fizice repetate în aer liber și doze zilnice de ulei de ficat de pește, fier, chinină și iod. Unii medici își sfătuiau pacienții să stea în locuri cu climă caldă, alții sugerau un mediu cu aer tare și rece. Se recomandau tot felul de antidoturi vegetale, inclusiv un amestec de rădăcină de pădăie, coajă de copac, miere și brandy, ce trebuia luat cîte trei linguri, de trei ori pe zi. În ceea ce privește vrăci, șarlatanii, ei prescriau, după cum aflăm dintr-o publicație a vremii, o multime de băuturi cărora li se făcea reclamă pe etichete lipite chiar pe ușa fierarului din localitate. Astăzi, nu numai că sînt mult mai puțini oameni atinși de această boală, dar și mortalitatea este scăzută. O hrană mai bună și o îngrijire medicală promptă previn acelele majore ale bolii, iar vaccinurile asigură imunizarea. Un lucru important este faptul că acum se găsesc medicamente care atacă cu succes bacilul tuberculozei.

În ciuda pașilor făcuți către învingerea unor boli ca, de exemplu, poliomielită, variola și tuberculoza, științele medicale sînt departe de a rezolva toate maladiile. De fapt, unele sînt mai frecvente azi decât erau acum un secol. Două exemple uimitoare: ateroscleroza și cancerul.

Acum 100 de ani, experții medicali cunoșteau doar puține afecțiuni ale arterelor. Ateroscleroza — îngroșarea peretelui arterelor — nu era nici măcar menționată în cărțile medicale de referință din acea vreme. Și nici nu e de mirare. Deși poate face victime și la vîrstă de 30 de ani, ea este boala celor trecuți de 50. În jurul anului 1900 media de vîrstă a unui bărbat era de 48,2 ani. În concluzie, nu era o boală obișnuită în deceniul al 8-lea al secolului trecut, căci oamenii mureau de alte boli înainte de a contracta această maladie. O afecțiune degenerativă „tăcută”, căreia îi trebuie ani ca să se dezvolte, este frecvent asociată cu hipertensiunea arterială și îmbolnăvirea inimii. Astăzi, face mai multe victime în fiecare an decât toate bolile la un loc. Nu s-a descoperit încă nici un tratament complet, dar experții recomandă anumite măsuri de bun simț: mișcare regulată, consum moderat de calorii, controlul colesterolului, reducerea HTA prin medicamente sau regim, evitarea fumatului și controale medicale periodice, incluzînd și un test electrocardiografic.

Deși cancerul atacă și persoane în vîrstă, el a existat ca problemă serioasă și acum 100 de ani. În deceniul al 9-lea al secolului trecut, organele cele mai afectate de această boală erau sinii, uterul, stomacul, ochii, limba, rectul, ficatul și testiculele. Chirurgii îndepărtau tumorile de îndată ce le descopereau, dar boala era de cele mai multe ori fatală. Doctorii nu puteau face mai mult, în afară de a prescrie opiu, narcotic puternic numit „marele alinător”, pentru a ușura durerile. Atunci — la fel ca și acum — se prezentau o serie de medicamente, de fapt remedii bizare, ca tratament eficace. O astfel de combinație era următoarea: „Fierbeți 2 uncii de safras și gălbenele într-un litru de bere; luați 4 linguri de trei ori pe zi; evitați relațiile sexuale”. Cînd era că deși medicii de atunci presupuneau, corect, că boala canceroasă nu este contagioasă, unii sfătuiau cuplurile căsătorite să evite relațiile sexuale dacă vreunul dintre ei suferea de această maladie. Astăzi incidența cancerului este de 5 ori mai mare decât acum 100 de ani. Totuși există speranța ca unele forme să fie vindecate și altele ameliorate, astfel încît viața pacientului să se prelungească ani de zile. Tehnici chirurgicale sofisticate sînt folosite în mod obișnuit pentru a îndepărta țesutul canceroas, iar dacă se detectează malignitatea suficient de devreme, toate celulele canceroase pot fi îndepărtate înainte de a putea să dea metastaze. Medicamentele (chimioterapia) și radițiile sînt folosite ca să distrugă sau să imobilizeze celulele la care bisturiul chirurgului nu poate ajunge. Și în timp ce cauzele unor cancere — leucemia, de exemplu — sînt încă necunoscute, este clar că alte forme pot fi prevenite. Astfel, specialiștii susțin că incidența cancerului

pielii poate fi redusă radical dacă oamenii ar evita expunerea îndelungată la radiațiile ultraviolete ale soarelui; de asemenea, cancerul de plămâni, practic necunoscut acum 100 de ani, ar face mai puține victime dacă ar exista mai puțini fumători.

Comparând medicina de azi cu cea de acum un secol, apare evident că, deși unele boli sînt la fel de prezente, acum ca și atunci, tratamentul s-a schimbat radical. De exemplu în pneumonie și diabet.

În 1880, medicii puteau face puțin pentru alinarea suferințelor bolnavilor de **pneumonie**, iar în cazurile foarte severe, pacienții, de obicei, mureau. Cea mai obișnuită prescripție era să stea în pat și să-și spele corpul cu alcool și amoniac de trei ori pe zi. Unii medici sugerau că anumite plante medicinale, încălzite ațt cît putea pacientul să suporte, să fie împrăștiate pe piept. Se prescriau, de asemenea, ațt la adulți, cît și la copii, alcool și opiu pentru alinarea durerilor. Și în timp ce acum 100 de ani practica luării de sînge era mai puțin răspîndită decît cu mult timp înainte, erau încă medici ce prescriau lipitori, prinse pe corp, pentru a reduce durerea și necazurile provocate de pneumonie. Deși pneumonia omora, potrivit statisticilor, de 7 ori mai multe persoane în 1880 decît în 1980, boala a rămas totuși foarte gravă, dar, datorită antibioticelor, peste 95 la sută din cei afectați supraviețuiesc.

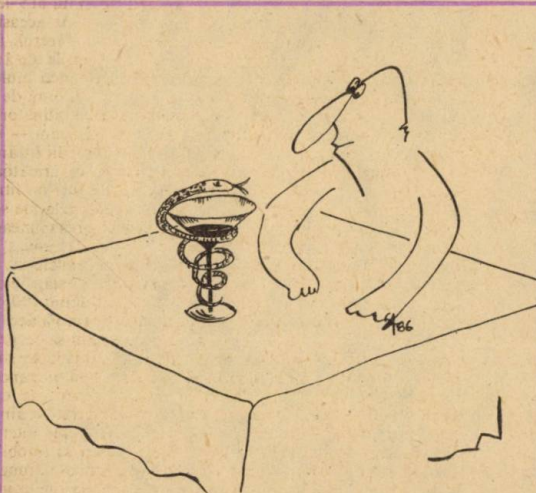
Tot în acele vremuri, **diabetul** era o boală foarte temută ce ducea adesea la deces. După părerea unui autor al unui ghid medical popular, publicat în 1885, principalele cauze erau: intoxicațiile, promiscuitatea sexuală, evacuarea excesivă a intestinelor, folosirea frecventă a diureticilor, precum și orice substanță care ar avea tendința de a „sărăci” sîngele. Datorită faptului că boala se manifestă și prin urinări repetate, copiii diabetici udă, adesea, patul noaptea. Acum 100 de ani acești copii erau bătuți de părinți, ca să renunțe la acest obicei. Tratatamentul diabeticiiilor consta în primul rînd în evitarea alimentelor ce conțin zahăr și amidon. Victimele erau sfătuite să stea la căldură, să poarte haine groase indiferent de sezon, să meargă la mare sau, o alternativă mai puțin costisitoare, să facă acasă băi de apă sărată. Chiar și astăzi cauza și tratamentul acestei boli nu sînt elucidate. Totuși milioane de diabetici duc o viață relativ normală, datorită descoperirii insulinei în 1922. Unele cazuri ușoare se rezolvă doar prin mișcare și regim. Mai sînt și cazuri grave, datorate complicațiilor, dar diabetul nu mai este boala de temut a anilor de atunci.

În sfîrșit, mai sînt unele boli care, în ciuda unui secol de cercetare, continuă să pună probleme specialiștilor. Mai mult, tratamentele pentru alinarea lor seamănă cu cele prescrise acum un veac. Acestea ar fi artrita și banala răceală.

O boală cronică a articulațiilor corpului, **artrita reumatoidă (AR)**, cunoscută atunci cu numele de reumatism, era puțin înțeleasă în 1880. Medicii nu erau de acord asupra cauzei. Cea mai comună teorie, susținută și astăzi de unii pacienți, considera că boala era rezultatul expunerii la frig și umezeală. Alți doctori afirmau că AR era cauzată de un „deranjament al organelor digestive” sau de epuizarea cauzată de „abuzul facultății reproductive”. Cele mai obișnuite tratamente erau: fricționarea articulației afectate, mișcarea moderată, băile fierbinți cu uscare completă la terminare, odihna la pat și regimul cu fructe acide, în special suc de lămie. Deși doctorii știau azi mult mai multe lucruri despre AR, cauza este încă necunoscută, deși cazurile sînt mai numeroase în zonele cu climă rece și umeză. Odihna la pat, la început, urmată de un program gradat de exerciții fizice este prescripția obișnuită. Se recomandă, de asemenea, tratamente cu aplicații de căldură direct pe încheietură și, deși aspirina este prescrisă cel mai adesea, se poate obține o alinare mult mai mare, un ajutor impresionant cîteodată, folosind alte medicamente, dar potențial periculoase, ca steroizii.

În anii 1880, ca și în 1880, **răceala** este cea mai comună boală care afectează oamenii. Neavînd tratament pentru răceli, doctorii de acum un secol recomandau pacienților să stea în pat, să evite oboseala și să urmeze un regim ușor, cu multe lichide. Cîteodată se recomandă „transpirație abundentă”, și o varietate de remedii pe bază de plante, incluzînd doze zilnice de ceai. Din cauza faptului că oricare din cei 40 de viruși cunoscuți pot determina răceala, nu e de mirare că medicina modernă încă mai are de rezolvat problema tratamentului. Rafturile farmaciilor sînt pline de medicamente antihistaminice, decongestionante, picături pentru nas, iar tot ce pot ele face este să amelioreze simptomele. Și cei mai moderni doctori prescriu, pentru răceala obișnuită, exact același tratament ca și predecesorii lor de acum 100 de ani: stați la căldură, odihniți-vă și beți lichide. Nu putem decît să ne întrebăm dacă și doctorii din anul 2080 vor oferi aceleași sfaturi?

L.H.



C.TOPAN



NIC. NICOLAESCU



DIN A.B.C.-UL SĂNĂTĂȚII COPILULUI

Eschil spunea: „Înțelept este cel ce știe ceea ce trebuie și nu cel ce știe mult”. Pornind de la acest citat considerăm că este util pentru o mamă să cunoască o serie de date mai importante în legătură cu copilul, care să-i permită să știe când să ceară ajutorul medicului și, în același timp, să ia primele măsuri în situații de urgență pînă la sosirea acestuia sau pînă la prezentarea la o unitate sanitară. Deci, ne vom referi în mod succint la câteva date privind perioadele copilăriei, creșterea în lungime și în greutate, alimentația etc., precum și la unele probleme de patologie curentă.

Perioada de dezvoltare intrauterină (prenatală) cuprinde cele 9 luni de sarcină sau, mai precis, 280 zile (40 săptămîni) cu variații de ± 10 zile.

Nașterea se consideră **prematură** cînd durată sarcinii se situează între 28 și 37 săptămîni și **depășită de termen** cînd această durată este de peste 42 săptămîni. Orice sarcină, chiar și cea cu evoluție normală, trebuie urmărită de medic, gravida respectîndu-i riguros indicațiile pentru a nu primejdui sănătatea fătului. Gravida nu va lua nici un fel de medicament din proprie inițiativă, fără a consulta medicul.

Perioada de dezvoltare extrauterină (postnatală) începe imediat după naștere și se continuă cu perioada de pubertate și cu adolescența — punte de trecere de la copilărie la maturitate. Pentru rațiuni practice deosebir: **prima copilărie**, care cuprinde perioadele de nou-născut, de sugar și de copil mic; **a doua copilărie** sau stadiul preșcolar și **a treia copilărie** sau vîrsta școlară, care se încheie cu perioadele de pubertate și postpubertate (adolescența).

Perioada de nou-născut (0—28 zile) este dificilă datorită adaptării la viața extrauterină și necesită o supraveghere atentă atît din partea familiei, cît și a cadrelor medico-sanitare. **Nou-născutul la termen** are greutatea medie de 3 000 g, talia medie de 50 cm, perimetrul cranian de 34—35 cm și cel toracic de 32 cm. **Nou-născutul prematur** (între a 6-a și a 9-a lună de sarcină), cel născut **dismatur** (la termen dar cu greutate mică la naștere), cît și **nou-născutul postmatur** (dintr-o sarcină depășită) obligă la îngrijiri diferențiate față de cel născut la termen. Prematurul prezintă nu numai deosebiri anatomice față de nou-născutul la termen, ci și mari deficiențe fiziologice privind funcțiile de nutriție și respiratorii, avînd tendința marcată la scăderea temperaturii corpului, la hemoragii, infecții. Cu cît gradul pre-



maturității este mai mare, aceste deficiențe sînt mai evidente. Deosebim prematuritatea de gradul I (greutate 2 500—2 000 g), gradul II (2 000—1 500 g), gradul III (1 500—1 000 g) și gradul IV (sub 1 000 g). **Scorul APGAR** reprezintă o apreciere asupra stării nou-născutului la naștere. Un scor APGAR de 8—10 indică o stare bună la naștere ce nu necesită reanimarea; un scor sub 7 impune îngrijiri speciale, chiar și după ieșirea din maternitate, fiind necesară luarea copilului în evidență de către medicul din teritoriu.

Perioada de sugar (o lună—1 an) se caracterizează printr-un ritm intens al creșterii în greutate și lungime. Greutatea de la naștere se dublează la 5 luni și se triplează la 1 an, iar lungimea crește cu 20—25 cm, astfel că la 1 an copilul cîntărește în medie 9 kg și măsoară în lungime 70—75 cm.

Perioada de copil mic (antepreșcolară) începe la 1 an și durează până la 2 ani și jumătate—3 ani, când se termină apariția dinții de lapte. Se constată o încetinire a ritmului de creștere (greutatea crește cu 3 kg între 1—2 ani și cu 1,5—2 kg între 2—3 ani, iar lungimea cu 12 cm între 1 și 2 ani și cu 5—7 cm de la 2 la 3 ani).

Perioada preșcolară (de la 2 ani și jumătate—3 ani până la 6 ani, când începe să apară dentiția permanentă) este caracterizată prin creșterea relativ lentă (2 kg și 5—7 cm/an), greutatea la 5 ani fiind mai mare de șase ori decât la naștere iar lungimea dublindu-se la 4 ani.

Perioada școlară (6—18 ani) se caracterizează printr-o dezvoltare relativ lentă (1,5 kg și 4—5 cm/an) cu accentuare a creșterii în lungime în perioada pubertară și în greutate în perioada pubertară.

Pubertatea începe la fete la 11—12 ani, la băieți la 12—13 ani și durează cîțiva ani, caracterizîndu-se prin modificări privitoare la caracterele sexuale primare (organele genitale), precum și prin apariția caracterelor sexuale secundare.

Adolescența începe la fete prin instalarea primei menstruații, iar la băieți odată cu prima polupție și durează pînă la osificarea cartilajelor de creștere (în perioada de apariție al celui de-al treilea molar — maseaua de minte).

Cîntărirea copilului se recomandă a fi făcută o dată pe săptămînă sub vîrsta de 6 luni, lunar între 6—12 luni, trimestrial după această perioadă.

Alimentația copilului reprezintă o problemă deosebit de importantă care condiționează starea lui de sănătate. **Alimentația naturală** este ideală pentru primele 4 (6) luni de viață a copilului. Rămîne de necontestat afirmația că laptele și dragostea de mamă nu se pot înlocui. **Întărcarea** (suprimarea ultimului supt) nu este indicată sub vîrsta de 6 luni, dar nici peste 12 luni. În cazul hipogalactiei sau a imposibilității alimentației naturale se trece, în funcție de situație, fie la **alimentația mixtă** (administrarea, alături de laptele de mamă sau alternativ cu acesta, a unui alt preparat de lapte), fie la **alimentația artificială** (administrarea unui alt preparat de lapte decât cel de mamă în primele 4—6 luni de viață a copilului). În alimentația mixtă sau artificială se pot utiliza **preparate de lapte integral**, tip „Lactosan”, „Rarău”, „Mureșul”, „Suceveanca”. În primele luni de viață, la copilul prematur sau distrofic (malnutriție proteino-calorică), ca și în realimentarea după diaree, se pot folosi preparate semicremate de lapte: „Lacto” (în prima lună de viață), „Lacto I” și „Lacto II” (în primele 2—3 luni), „Gluvilact I” (pînă ce copilul ajunge la greutatea de 4 500 g), „Gluvilact II” (peste 4 500 g). Sînt utilizate, de asemenea, cu succes, preparate „umanizate”: „Humana 0” (pînă la 3 000 g), „Humana I” (pînă la 4 500 g), „Humana II” (peste 4 500 g), „Similac” (în diluții diferite în funcție de vîrstă), precum și cele „semiumanizate”: „Robebi A” (pînă la 4 500—5 000 g), „Robebi B” (peste 4 500—5 000

g), „Robolac” (prematuri sau sugari pînă la 3 kg), „Luci” (preparat românesc ce se poate administra din prima săptămînă de viață). Utilizăm și preparate terapeutice de lapte, cum sînt „Eledon” (la prematuri, în realimentarea după diaree), „Humana H” sau „Lactofort” (în realimentarea celorlalți copii după diaree, mai ales ale celor produse de intoleranță la lactoză).

Rația alimentară se stabilește în funcție de necesarul de calorii și de lichide: în trimestrul I de viață, 110—120 cal/kg/zi și 150—180 ml/kg/zi; în trimestrul II, 100—120 cal/kg/zi și 130—160 ml/kg/zi; în trimestrul III, 100 cal/kg/zi și 110—140 ml/kg/zi; în trimestrul IV, 100 cal/kg/zi și 100—120 ml/kg/zi. În perioadele de copil mic, antepreșcolară și școlară, nevoile de calorii sînt mai reduse (70—80 cal/kg/zi).

Numărul de mese: 6—7 în prima lună, 6 pînă la 2—2 1/2 luni, 5 după 3—3 1/2 luni. De la vîrsta de 7 luni numărul de mese se poate reduce chiar la 4, pentru ca după vîrsta de 2 ani să se poată administra 3 mese principale și două gustări.

Încă de la o lună și jumătate începe introducerea în alimentație a sucului de fructe, pentru ca la 4—5 luni să se înceapă **diversificarea alimentației** (înlocuirea treptată a cite unui supt sau a unei mese de lapte cu alt aliment), laptele nemai fiind suficient pentru dezvoltarea normală a copilului. La sugarul eutrofic, cu o greutate de peste 5 kg, primul supt (prima masă de lapte) este înlocuit de regulă, în jurul vîrstei de 4 luni, cu supă de legume. Cînd copilul are un deficit ponderal, se preferă ca înlocuirea să se facă cu făinosul cu lapte. Acesta va fi la copilul eutrofic cea de a doua masă diversificată, introdusă aproximativ în jurul vîrstei de 4 1/2 luni. Carnea de vacă, de pasăre sau pește slab, de apă dulce, se pot introduce după vîrsta de 4 1/2—5 luni (carne fiartă, bine tocată sau mixată). A treia masă diversificată va fi cea de fructe, introdusă după 5 luni. Supă de carne degresată se poate da de la 5—5 1/2 luni. După vîrsta de 6 luni se mai introduc: brînză de vaci cu orez pasat, gălbenușul de ou (în cantități progresive la 2—3 zile, alternînd cu carnea în piureul de legume), iaurtul (după vîrsta de 7 luni), fiatul de pasăre (fiert și pasat) încă de la 5 luni. După vîrsta de 8 luni, odată cu înțărcarea, se introduc progresiv: ciorbă acrită cu borș, perișoarele de carne, șunca slabă, parizerul proaspăt, pilaful de orez, papanășii fierți (cu brînză de vaci), mămăliga cu brînză de vaci și smîntînă.

După vîrsta de 1 an, diversificarea se va accentua și mai mult. În alimentația copilului trebuie aplicat principiul individualizării, știind că rația optimă nu reprezintă o medie între rația minimă și cea maximă, fiind necesar ca, prin tatonare, să ne adaptăm fiecărui copil pentru a-i obține o cit mai bună dezvoltare.

Nevoile de somn sînt: pentru nou-născut, de 21 de ore; pentru copilul de 1 an, de 13—15 ore; de 2 ani, 13—14 ore; de 5 ani, 12—12 1/2 ore și peste vîrsta de 5 ani de 10—12 ore (nu sub 10 ore).

Dezvoltarea neuropsihică în prima copilărie se apreciază după parametrii de dezvoltare motorie, cognitivă, a vorbirii și social-afectivă. În acest

sens, tabelele formulate de psihologul Angela Chișu de la Institutul de igienă și sănătate publică din București sînt foarte utile.

Dentiția temporară (de lapte) are 20 de dinți; începe la 6—8 luni și se termină la 2—2 1/2 ani. Dentiția **definitivă** (permanentă) are 32 de dinți. Apariția ei începe odată cu primul molar, la 6 ani, și se termină cu apariția celui de-al 3-lea molar („măseaua de minte”), la 18—19 ani (și chiar mai tîrziu). Există numeroase anomalii dentare care reclamă consultul specialistului (absența sau atrofia dinților, dinți înclecați, dispuși în rînd dublu, absența incisivilor superiori, incisivi mici, malpoziția dinților, dinți sub formă de cui etc.).

Călirea organismului copilului se realizează prin utilizarea rațională a factorilor naturali: aer, apă, soare, la care se adaugă exercițiile fizice și gimnastica. De menționat că primăvara și vara copilul poate fi scos la aer de la vîrsta de 2—3 săptămîni, iar în anotimpul friguros de la 4—5 săptămîni.

Profilaxia rahitismului se realizează prin administrarea vitaminei D₂ sau D₃ (vara helioterapie), după schemele indicate de medic.

Prevenirea bolilor infecto-contagioase, în afara unor măsuri profilactice generale, se realizează prin **vaccinări**. De menționat că în primul an de viață sînt obligatorii, după un anumit calendar, vaccinarea B.C.G. (împotriva tuberculozei), Trivaccinul sau D-TE-PER (antidifteric, antitetanic și antipertusis), antipoliomielitică, antirujeolică.

Patologia dominantă în raport de vîrstă. La nou-născut: malformații congenitale, boli legate de actul nașterii (traumatisme, infecții). La sugari: boala diareică, boli ale aparatului respirator, boli de piele, carențe alimentare (malnutriție proteino-calorică sau distrofie), rahitism, anemie. La copilul mic: accidente și intoxicații, boli intercurente, unele tulburări de comportament. La preșcolar: accidente, boli infecto-contagioase, boli alergice. La școlar: boli ale aparatului respirator, boli digestive, reumatism, boli de tract urinar, vicii de refracție, anomalii de postură, tulburări nevrotice etc.

Convulsiile pot fi febrile (în cadrul unei epilepsii, ca urmare a unor leziuni ale sistemului nervos), cu cauze metabolice, datorită intoxicațiilor etc. Criza începe brusc cu pierderea cunoștinței, ochii dați peste cap, oprirea pentru o clipă a respirației, paloare urmată de cianoză, înțepenirea corpului; apoi, ochii încep să se agite, membrele se întind și se string, fața se strîmbă. După foarte scurt timp corpul se relaxează, copilul deschide ochii și revine la normal. La sfîrșitul crizei poate avea pierderi de urină. În familie, în fața unei convulsii, pînă la sosirea Salvării — copilul trebuie dus imediat la spital — se vor lua următoarele măsuri: va fi dezbrăcat (pentru a nu-l strînge îmbrăcămintea), va fi culcat pe spate sau pe o parte (cu capul răsturnat pe spate și situat mai jos decît trunchiul pentru a nu se favoriza astuparea bronhiilor cu secreții sau lichid de vărsătură). La sugarul mare, care are dinți, pentru evitarea mușcării limbii, arcadele dentare se vor ține îndepărtate cu



o linguriță înfășurată în mai multe straturi de tifon. Dacă are febră ridicată, se va administra un supozitor (Paracetamol, Aminofenazonă L) și eventual, o împachetare. Aceasta se face cu un cearșaf muat în apă la temperatura de aproximativ 40° și apoi stors, cu care învelim copilul, lăsîndu-i doar capul liber. Mai putem aplica o compresă rece pe frunte. Dacă temperatura se menține, se va face o baie caldă (37°), prelungită.

Intoxicații, accidente și primul ajutor. Intoxicațiile survin în 80—85 la sută din cazuri la copii în vîrstă de la 1 la 3 ani, ele fiind produse, în primul rînd, de medicamente, apoi de substanțe de uz casnic. În combaterea unei intoxicații, pînă la intervenția cadrelor medico-sanitare, părinții vor lua unele măsuri de urgență. La pătrunderea unei substanțe pe cale digestivă vor încerca să producă vărsături. Excepții: cînd starea de cunoștință a copilului este pierdută (comă toxică), într-o criză de convulsii sau în intoxicații cu petrol sau derivate, detergenți, substanțe corozive (acizi sau baze). Intoxicatul va primi multă apă îndulcită sau simplă, va fi așezat de-a curmezișul coapselor unui adult, cu abdomenul comprimat și capul mai jos decît trunchiul. O altă persoană va încerca, cu o coadă de lingură sau cu degetul învelit într-o batistă curată, să provoace vărsătura. Cînd există o unitate sanitară apropiată copilul va fi dus pentru a se efectua spălătură gastrică.

Dacă intoxicația este cu substanțe acide, copilului i se va da să bea lapte și albuș de ou, iar dacă a



ingerat o substanță bazică (leșie, sodă caustică) i se va da acid acetic (oțet diluat) 5 la sută sau zeamă de lămiie, fără a i se mai provoca vărsături. În prima jumătate de oră de la intoxicație se poate administra cărbune animal, sulfat de sodiu (2 g/an vîrstă), pentru a favoriza eliminarea toxicului prin fecale și o cantitate mare de lichide pentru creșterea diurezei. Cînd toxicul a ajuns pe tegumente, se va face spălarea abundentă cu apă și săpun (cu multă spumă cînd e vorba de solvenți organici). În caz că toxicul (acid, bază) a ajuns la ochi, aceștia vor fi spălați cu multă apă caldă sub jet (sau cu un ibric), pleoapele fiind larg deschise. La inhalarea toxicului (oxid de carbon, gaz metan) copilul va fi scos imediat la aer curat, se va face, la nevoie, **respirație artificială** (metoda gură la gură, acoperind atît gura cît și nasul copilului, în ritmul de aproximativ 20 de insuflații pe minut). Se va asigura permeabilitatea căilor aeriene. În **stop cardiac**, se asociază masajul cardiac extern, realizat prin apăsări ritmice (80—100 la sugar și 60—80 la copilul mare) ale miinilor celui ce reanimează pe sternul intoxicatului, la nivelul mameloanelor, copilul fiind culcat pe spate pe un plan orizontal rigid. În caz de **înece**, copilul trebuie scos cît mai repede din apă, apoi se va încerca astfel golirea apei din plămîni: îl răsturnăm cu fața în jos, îl apucăm înconjurîndu-i abdomenul cu brațele făcute chingă, îl ridicăm de la sol și îl scuturăm de cîteva ori, pînă ce apa se scurge afară. Apoi, culcat pe burtă, cu fața întoarsă într-o

parte, i se degajează căile respiratorii superioare de nisip, ierburi, mucozități, după care se practică respirația artificială prin metoda gură la gură. Copilul trebuie dus imediat la cel mai apropiat spital. În **electrocutare**, prima măsură va urmări izolarea copilului de sursa de curent electric. Cînd miinile rămîn fixate pe firul electric, acesta va fi tăiat cu un instrument cu miner de lemn. Cînd se instalează stopul cardio-respirator, se practică masajul cardiac extern și respirația artificială. **Arsurile** se tratează în raport de gradul lor. Acasă vor fi îngrijite doar arsurile de gradul I. Acestea se pot spăla timp mai îndelungat cu apă rece (la copii mai mari); apoi o badijonare cu alcool, după care pielea se lasă descoperită. În cele de gradul II și III, rănile se vor acoperi cu cearșafuri sau pînze cît mai curate și, fără a sparge bășicile cu lichid, copilul va fi transportat urgent la spital. Nu se îndepărtează de pe el hainele carbonizate. În timpul transportului, va sta culcat, cu capul mai jos decît trunchiul, fiind supravegheat cu atenție.

Boli eruptive (scarlatină, rujeolă, rubeolă, varicelă). **Agenti cauzali:** streptococ beta hemolitic (în scarlatină), virus specific fiecăreia dintre celelalte boli. **Incubație** (timp de la contact pînă la debutul bolii): 2—7 zile în scarlatină, 10—11 zile în rujeolă, 14—21 zile în rubeolă, 10—21 zile în varicelă. **Erupția** deosebește bolile una de alta. În **scarlatină**, erupția respectă fața și constă în micropapule (mici ridicături) pe un fond de roșeață, la început la baza gîtului, apoi pe torace, abdomen, membre; pielea are aspect de rac fier. Erupția este precedată, cu 24—36 ore înainte, de febră, dureri în gît, vărsături, gît roșu, limbă încărcată, cu margini și vîrf roșu. În **rujeolă** (pojar), erupția este sub formă de pete roșii, între care sînt porțiuni de piele sănătoasă; apare în spatele urechilor, pe față, apoi pe torace, abdomen, membre. Este precedată, cu 3—5 zile înainte, de catar oculo-nazal și respirator (coriză, lăcrimare, tuse). În **rubeolă** (pojărel) apar pete roz — între care sînt porțiuni de piele sănătoasă — la nivelul feței, gîtului, trunchiului, membrilor. Sînt precedate, cu 2—3 zile înainte, de un ușor catar respirator și de o mărire a ganglionilor la nivelul capului dar, mai ales, al gîtului. **Varicela** (vărsatul de vînt) are o erupție precedată de un foarte scurt catar respirator și constă din apariția unor pete ce se transformă în vezicule (bășici cu lichid) și apoi în cruste. Ele apar întîi pe corp, apoi pe față, cap și membre, în mai multe pusee. Laboratorul ne ajută în mod deosebit doar în diagnosticul scarlatinei, prin punerea în evidență a streptococului beta hemolitic în exudatul faringian. **Tratamentul** în scarlatină se face în spital, cu penicilină G timp de 7—10 zile. În celelalte boli — la domiciliu și doar simptomatic; se internează numai cînd apar complicații. Cu excepția scarlatinei, cînd copilul se internează, în celelalte boli se face **izolarea obligatorie** la domiciliu, pe toată perioada bolii.

Dr. Arghir POPESCU
director
al Spitalului clinic de copii „23 August”

AUDE COPILUL MEU?

Este firesc să-și pună această întrebare orice părinte încă din primele zile de viață ale copilului. Prin auz copilul, apoi adultul, culege informații prețioase din lumea înconjurătoare. Împreună cu vorbirea, auzul reprezintă principalul mijloc de comunicare între oameni.

Dacă un copil mic nu aude, el nu învață decât cu greu să vorbească și aceasta cu prețul unui efort deosebit al familiei și al unor specialiști care trebuie să-l ajute. În mod deosebit este îndreptățită preocuparea părinților pentru auzul copilului dacă sînt motive medicale de îngrijorare.

Unele boli, ca sifilisul, cretinismul tiroidian, icterul nuclear, boli care în trecut erau destul de des cauză a surdității copilului, sînt astăzi foarte rare. Mult mai des surditatea nou-născutului este o boală ereditară, adică moștenită de la părinți, care se poate transmite urmașilor. Unele boli ale mamei, contractate îndeosebi în primul trimestru al sarcinii, pot provoca tulburări în dezvoltarea urechii. O astfel de boală este rubeola. Și unele medicamente, ca streptomicina și kanamicina, luate de mamă în timpul sarcinii pot duce la o scădere a auzului copilului. De asemenea, o naștere grea și asfisia fătului la naștere pot avea urmări asupra auzului dar, grație măsurilor de prevenire și per-

fecționării îngrijirii medicale, astfel de defecte ale auzului devin, treptat, mai rare.

Un prim control al urechii și auzului se face de către medic în secțiile de nou-născuți ale maternităților.

După revenirea acasă mama poate să controleze, în continuare, singură cum aude copilul. Aceasta se face cu ajutorul unui zgomot produs în apropierea urechii, cum ar fi lovirea unei cești cu o linguriță. Nou-născutul, la auzul acestui zgomot clipește, tresare sau face mișcări ale capului, ale trunchiului sau ale picioarelor și minilor. Uneori întoarce capul spre locul de unde vine zgomotul sau, dimpotrivă, se retrage speriat și poate plînge. Această încercare a auzului se face cînd copilul este liniștit pentru a deosebi mișcările prin care răspunde la zgomotul brusc, de mișcările sale firești. Încercarea auzului poate avea loc într-o cameră liniștită. Dacă mama nu este sigură că a obținut un răspuns la sunet, probele se pot repeta, dar nu mai des de 5-10 secunde una de alta și nu de prea multe ori în aceeași zi.

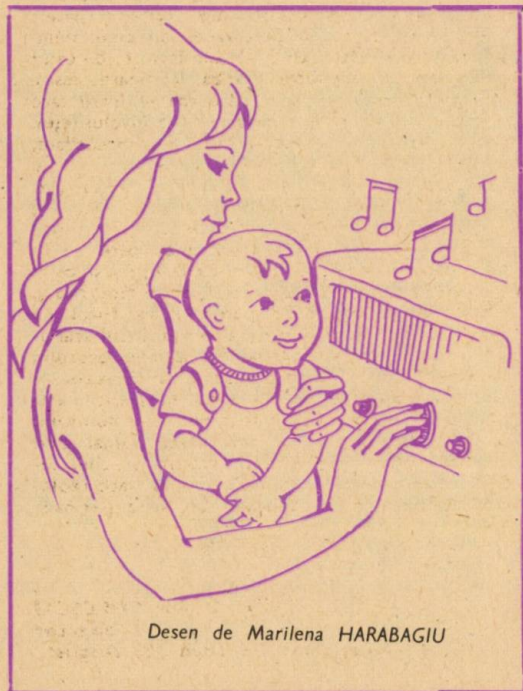
Se pot face încercări și în timpul somnului, dar nu în somn adînc. Copilul adoarme treptat. Somnul la început e ușor, apoi profund și, la sfîrșit, din nou superficial. Dacă somnul este prea adînc, înainte de a încerca auzul, va mișca puțin copilul fără însă a-l trezi de tot.

Lipsa de răspuns, chiar la încercări repetate nu înseamnă încă sigur o surditate sau o scădere a auzului. Este posibil să fie numai o întîrziere în funcțiunea nervilor sau a creierului, îndeosebi la copiii care s-au născut înainte de termen. În caz de îndoieli asupra răspunsurilor nou-născutului la zgomot se va adresa medicului pediatru.

Dacă în primele zile sau săptămîni după naștere nu s-a obținut un răspuns clar la zgomot se va încerca din nou în lunile următoare, îndeosebi în luna a 6-a sau a 7-a, cînd aceste răspunsuri devin mai ușor de văzut la copilul sănătos și care are auzul bun.

Dezvoltarea auzului și a vorbirii depinde de sănătatea sugarului, de buna lui îngrijire, dar, totodată, și de sunetele, zgomotele și vorbirea celor din jur. Alături de baia în apă, sugarul are nevoie de o „baie de sunete”. Odată cu laptele mamei îi sînt necesare cuvintele, cîntecele, duiosia și grija ei pentru a-l crește, a-l învăța să vorbească, să simtă și să gîndească.

Către sfîrșitul lunii a doua sau la începutul lunii a treia de viață, sugarul începe să gîngurească. Trebuie știut că, chiar surd de tot, începe să gîngurească în același fel cu unul care aude bine, dar, în timp ce acesta din urmă gîngurește din ce în ce mai tare și mai felurit în luna a treia și în lunile următoare, cel care nu aude sau aude numai foarte puțin nu progresează în timpul acesta, ba chiar, treptat, gînguritul lui slăbește, se împuținează și dispare. Această deosebire este cu atît mai bine observată dacă mama, prin felul ei de a fi sau in-



Desen de Marilena HARABAGIU

tenționat și gândit, vorbește sugarului cu fiecare prilej - la sculare, la spălat, la îmbrăcat, la alăptare, la plimbare sau la culcat, dar și atunci când acesta gîngurește.

Răspunsul mamei prin cuvinte la gînguritul sugarului duce curînd la un adevărat dialog sonor, la o „discuție” între mamă și el, schimb de sunete care este un îndemn pentru dezvoltarea vorbirii lui iar pentru mamă o asigurare că acesta aude bine.

Cu puțină băgare de seamă, mama descoperă, în a patra lună de viață, că sugarul întoarce capul și privește spre locul de unde vin sunete plăcute, că zîmbește și o privește cînd îi vorbește liniștit. Uneori, sugarul chiar rîde în hohote la auzul vorbirii și al risului mamei, la sunete și zgomote făcute de jucării sau alte obiecte.

În luna a șaptea sau a opta gînguritul începe să se apropie de vorbire; apar silabe ca: **ba, pa, la, da, ma**. Apoi ele sînt și repetate: **baba, bababa, papa, papapa**. La început silabele nu sînt legate încă de un înțeles.

Întîrzierea apariției silabelor, rămînerea la gînguritul de început este un semnal de alarmă. Sănătatea și auzul copilului trebuie controlate. Se pot repeta încercările de răspuns la zgomot și se va cere sfatul medicului. Nu numai lipsa auzului poate duce la întîrzierea dezvoltării vorbirii, ci și scăderi mai ușoare ale auzului provocate de inflamații ale căilor respiratorii și ale urechii.

La 9 luni copilul repetă silabele pe care i le spune mama. Acesta este un bun exercițiu pentru dezvoltarea vorbirii. La această vîrstă și în lunile următoare el înțelege unele cuvinte pe care le aude: **mama, tata, pui-pui, ham-ham, pușa, ia, dă-mi, pa, nu-nu** și altele. El arată persoana sau jucăria numită de mamă, execută acțiunea cerută sau încetează să facă mișcarea interzisă, dacă i s-a dat suficient prilej să însușească aceste cuvinte. Copilul trebuie să audă cuvintele tocmai atunci cînd persoana sau jucăria sînt văzute de el, cînd se face acțiunea cerută sau interzisă. Treptat copilul pronunță cuvinte mai clar iar la vîrsta de un an spune cel puțin două cuvinte bine înțelese, în afară de **mama** și **tata**.

Preocupările mamei și ale celorlalte persoane din jurul copilului pentru a-l ajuta să învețe să vorbească vor da roade minunate, dezvoltîndu-i inteligența și întreaga viață sufletească. Ele pun temelie trainică pentru succesele școlare și din restul vieții. Dacă, în ciuda străduințelor, copilul rămîne în urmă cu vorbirea față de alții de aceeași vîrstă, părinții trebuie să se adreseze medicului. Odată cu sănătatea lui generală, trebuie controlată starea urechii și auzul. Surditățile innăscute sînt rare: mai puțin de un caz la 1 000 de nou-născuți. Cunoscut de timpuriu, se pot lua cele mai bune măsuri de remediere.

Doctor în medicină Eugen TEȘANU



STRABISMUL ȘI TULBURĂRILE DE VEDERE BINOCULARE

Ochiul este unul dintre cele mai de preț organe de simț ale omului. La nivelul lui se găsesc receptori analizorului vizual, care, la om și la mamiferele superioare, este adaptat vederii binoculare, adică, privind cu amîndoi ochii un obiect, la nivelul scoarței cerebrale se formează o singură imagine a lui; la nivelul creierului se produce așa-zisă fuzionare a celor două imagini ale obiectului privit cu amîndoi ochii. Fuziunea este un reflex înăscut.

Pentru ca scoarța cerebrală să perceapă un singur obiect este necesară o integritate anatomică și dioptrică a celor doi ochi, o integritate a elementelor motorii (a mușchiului globului ocular) și existența unui câmp de vedere binocular. Sistematizînd studiul vederii binoculare, s-au stabilit trei grade sau etape ale vederii binoculare care permit aprecierea acestei funcții, și anume: **vederea simultană a imaginilor, fuziunea** sau contopirea celor două imagini și **vederea stereoscopică** sau vederea în relief. Reiese, credem, importanța covîrșitoare, în viața de zi cu zi, a vederii binoculare.

Cea mai importantă tulburare funcțională a vederii binoculare se produce în strabism (convergent, divergent sau vertical), deviere manifestă sau intermitentă a ochilor. Mai frecvent această dereglare apare la **preșcolari**, deoarece la această vîrstă vederea binoculară nu este consolidată. Strabismul poate apărea inițial intermitent, numai în anumite condiții — febră, oboseală —, ca apoi să devină permanent. Devierea ochilor spre nas caracterizează **strabismul convergent**, ce reprezintă grupul cel mai mare al tulburărilor oculo-motorii. Devierea în afară a ochilor este caracteristică **strabismului divergent**. Strabismul nu reprezintă numai o tulburare de ordin estetic, ci și un dezechilibru oculo-motor și senzorial, adică o tulburare a vederii binoculare.

În ceea ce privește vîrsta apariției strabismului, aceasta este foarte variată. Strabismul apărut în primul an de viață ascunde cel mai frecvent o leziune organică sau un deficit motor, de exemplu, paralizie a unui mușchi, miopie foarte, o afecțiune oculară congenitală). De aceea, la această vîrstă examenul oftalmologic trebuie să fie cit mai precoce, încă de la depistarea primelor semne de către

mamă sau medicul pediatru. Strabismele apărute după vârsta de doi ani, așa-zise **strabisme cu debut tardiv**, ascund, în general, un viciu de refracție. Depistarea precoce a viciilor de refracție și corectarea lor cu ochelari sînt absolut necesare pentru o vedere bună și o vedere binoculară de calitate.

O categorie foarte importantă o reprezintă **strabismele monoculare**, adică devierea într-o parte sau alta a unui singur ochi. Aceste strabisme pun o problemă importantă, și anume, aceea a ambliopiei, care este scăderea vederii la un ochi prin nefolosință. În acest caz, prezentarea cît mai precoce la medic este absolut necesară atît pentru prevenirea instalării ambliopiei, cît și pentru instituirea unui tratament adecvat și din timp atunci cînd ea s-a instalat.

De multe ori aceste defecte rămîn necorectate prin lipsa de colaborare a părinților sau a copiilor, care refuză să poarte ochelari sau ocluzor (opercul aplicat pe lentila ochelarului). De cele mai multe ori copii sînt aceia care refuză purtarea ochelarilor, mai ales în colectivități. Părinților și educatorilor le revine sarcina de a explica necesitatea și importanța purtării ochelarilor în vederea corecției optice.

Tratamentul strabismului este foarte complex, și, fiind în primul rînd un tratament funcțional, trebuie aplicat în jurul vârstei de trei ani. Pe perioada lui, care este de lungă durată, este nevoie de o bună cooperare mai întîi cu părinții, care trebuie să înțeleagă să respecte indicațiile medicului, și apoi cu copiii. Tratamentul cuprinde etape obligatorii: tratamentul medical optic (cu ochelari), ortoptic (în cabinetele specializate) și, de la caz la caz, chirurgical.

Tratamentul medical în strabismul vîrstelor mari este de mai mică importanță, deoarece posibilitățile terapeutice sînt mai scăzute. Se admite că la vîrsta de 5 ani vederea binoculară este bine dezvoltată, dar că pînă la 10 ani se mai pot produce perfecționări. Peste vîrsta de 10 ani, tratamentul funcțional al strabismului se reduce la prescrierea de ochelari, atunci cînd este nevoie, sau la intervenția chirurgicală (cînd gradul strabismului este mare). Peste această vîrstă operația se face numai pentru considerente de ordin estetic, întrucît funcția binoculară nu se mai poate reeduca.

În concluzie, preocuparea pentru corectarea strabismului trebuie să fie cît mai precoce. Trebuie luate în considerație chiar și formele intermitente sau discrete de strabism. Descoperirea defectelor de vedere nu trebuie să se facă la împlinire. Sînt necesare atenție și preocupare din partea părinților și a educatorilor pentru a observa mai bine copiii. Odată făcută prescripția de ochelari, copii trebuie convingși de utilitatea lor, explicîndu-li-se importanța pentru mai tîrziu.

Dr. Doina DINU
Șef secție ortoptică,

Spitalul clinic de oftalmologie — București

AVITAMINOZE ȘI HIPERVITAMINOZE

Vitaminele sînt factori deosebit de importanți, necesari în cantități mici sau foarte mici — zilnic cîteva miligrame sau micrograme — pentru buna funcționare a organismului și menținerea sănătății. La copii și adolescenți unele stimulează creșterea, în special în înălțime. Intervin și în reglarea a diverse metabolisme și a unor funcții ale organelor și sistemelor din organism. Unele au relații funcționale cu glandele endocrine iar altele îndeplinesc și acțiuni fiziologice specifice fiecărei vitamine, ceea ce face, în caz de carență sau de exces vitaminic, să apară boli sau tulburări caracteristice. Se cunosc 24 vitamine clasificate în: **vitamine liposolubile** (A; D; E; F; K) și **vitamine hidrosolubile**, cu două grupe: 1) grupa B cu 17 vitamine și 2) grupa C cu două vitamine.

Organismul omului le primește prin alimente din regnul animal sau vegetal fie ca vitamine active, fie ca provitamine (substanțe care, în organism, vor fi transformate în vitamine active). Prepararea culinară (fierbere, coacere), modul de păstrare a alimentelor (expunere la lumină sau frig) pot să distrugă pînă la 40-50 la sută din unele vitamine. În organismul omului sănătos, provitamina D inactivă din piele este transformată în vitamina D₃ activă, sub acțiunea razelor ultraviolete (RUV) solare. Mici cantități din vitamina K, F și din unele din grupa B sînt sintetizate prin acțiunea florei microbiene din intestin (enterosinteză). Dar sinteza nu acoperă necesarul vitaminic, nici nu este constantă (în caz de lipsă de expunere la RUV solare, și de consum de antibiotice cu spectru larg, sau/și sulfamide care distrug bacteriile vitaminoformatoare).

Într-o alimentație rațională, corespunzătoare vîrstei și corect preparată, ființa umană primește zilnic vitaminele necesare, în cantități suficiente și în anumite proporții între ele — „în echilibru vitaminic”. Astfel, cu alimente ca lapte și brînză, carne, organe sau pește, grăsimi (unt, ulei), ouă, pîine și derivate cerealiere (făinoase, grîș, mălai, orez), legume și fructe (de preferat „crude”, nepregătite culinar) nevoile de vitamine ale ființei umane sînt

acoperite. Excepții: sugarul în primele 2 luni de viață, alimentat numai cu lapte de vacă sau cu lapte praf, nu primește vitamina C, ceea ce impune administrarea de fiole de vitamina C; copilul de la naștere și pînă la 2 ani nu primește suficientă vitamină D, ceea ce impune administrarea ei, începînd de la vîrsta de 7-10 zile.

Carențele vitaminice - AVITAMINOZA sau HIPOVITAMINOZA - pot fi induse de: aport vitaminic alimentar absent sau insuficient, asociat sau nu cu sinteza insuficientă sau absentă a unor vitamine sintetizate în organism; rezorbție deficitară în intestin (în caz de diaree cronică sau alte boli ale intestinului, în boli hepatobiliare ș.a.); creșterea nevoilor în unele boli sau în convalescența lor.

HIPERVITAMINOZA, indusă de un aport vitaminic mare sau foarte mare, este excepțională, chiar imposibilă pentru unele vitamine; este produsă de un consum mare de vitamine prin produse medicamentose.

Diagnosticul de AVITAMINOZĂ și HIPERVITAMINOZĂ se formează pe baza istoricului îmbolnăvirii și a simptomelor prezentate de bolnav și se precizează prin test clinic: dispariția și reparația simptomelor la suprimarea sau administrarea vitaminei bănuite, sau prin teste de laborator specifice.

VITAMINA A

AVITAMINOZA și HIPOVITAMINOZA. Simptome: piele uscată, cenușie, cu descumăție și hiperkeratoză („bobițe” mici care dau aspect de „răzătoare”); păr uscat, sfărâmat; uscăciune, unghii striate longitudinal; infecții oculare, catarante, respiratorii; anorexie; stagnarea creșterii. Cînd carența se prelungește, după 3 săptămîni pînă la cel mult 3 luni, se adaugă manifestări oculare (scăderea acuității vizuale la lăsatul serii accident survenind adeseori primăvara, uneori ca singură manifestare; uscarea corneei și conjunctivei, secreție lacrimală viscoasă; ramolirea, ulcerarea și perforarea corneei). Dacă se administrează la timp doza necesară de vitamină, totul intră în ordine. Dacă s-a produs ulcerarea corneei, vederea poate fi compromisă.

HIPERVITAMINOZA. Administrarea timp prelungit de vitamina A - uneori și în doze mai mari - determină forma cronică, manifestată prin: uscăciunea pielii și descumarea ei, uscăciunea mucoaselor (nazală, etc.), păr friabil, gingivită cu sîngerări ale gingiilor; scăderea rezistenței la infecție; iritabilitate. Caracteristice sînt tumefacțiile dure-roase la antebrate și la gambe cu hiperostoze cu aspect radiologic caracteristic - modificări ireversibile; oprirea creșterii în înălțime dacă s-a produs osificarea prematură a cartilajilor de creștere. La sugari există o formă acută: la 6-24 ore după administrarea unei doze mari, ca 600 000 U.I., înde-

sebi în injecție intramusculară, fontanela anterioară deschisă se bombează, copilul este agitat, are febră, vărsături. Dacă fontanela este închisă, apar convulsii. La gravidă, dozele mari constituie risc de malformații la făt.

VITAMINELE D

Sînt utilizate în medicină: vitamina D₂ (calciferol) și vitamina D₃ (colicalciferol).

Carența survine la copilul cărui nu i s-a administrat vitamina D începînd de la ziua a 7-a la 10-a de viață și pînă la 2 ani, în doze și ritm prescrise de medic. Dar administrarea este posibilă și mai tîrziu, la copilul mare, chiar și la adult.

AVITAMINOZA și HIPOVITAMINOZA se manifestă prin rahitism, simptomul decalcifierii osoase apărînd de obicei între lunile a III-a și a VI-a de viață, fiind mai evidente între 6 și 12 luni; rareori debutează după 2 ani;

HIPERVITAMINOZA. O doză de vitamina D (600 000 U.I.), administrată în injecție intramusculară sau pe gură, determină forma acută cu: anorexie, vărsături, constipație, poliurie, transpirații abundente. Doze mai mici, dar repetate des și prelungit, determină forma cronică: anorexie rebelă și refuz de a mânca, polidipsie (bea mult) și poliurie (urinează des și mult); constipație, agitație; oprirea creșterii; calcifierea țesuturilor moi, a aortei și arteriolelor renale iar în final insuficiența renală.

VITAMINA E

Considerată „vitamină a reproducerii și fertilității”, indispensabilă pentru funcționarea normală a testiculelor și ovarelor, îndeplinește și alte funcții în organism. Carența ei nu există la omul sănătos, cu alimentație normală, dar poate să apară cînd acesta are leziuni hepato-biliare. Simptome: distrofii musculare; necroză hepatică. La gravidă: leziuni vasculare ale placentei și moartea fătului în uter prin asfixie.

HIPERVITAMINOZA poate să apară consecutiv administrării repetate de doze mai mari de vitamină E, recomandată în tratamentul unor nevroze și variate afecțiuni, inclusiv adenomul de prostată (pe care îl poate influența favorabil). La bărbat se manifestă prin oligospermie și azoospermie (lipsa spermatozoizilor), iar la femeie prin involuția ovarelor și tulburări ale ciclului menstrual.

VITAMINA F

Se găsește mai mult în uleiul de soia și de floarea soarelui, dar și în alte alimente, astfel încît neîl voile sînt acoperite. Este sintetizată în intestin. Carența - excepțională - poate să provoace tulburări

cutanate, mai ales eczemă și căderea părului, tulburări care dispar la administrarea de vitamină F.

VITAMINELE K

Sînt vitamine „antihemoragice”: K_1 , K_2 și K_3 (produs sintetic). Carența este excepțională. Poate să apară chiar cu aport alimentar suficient, în caz de insuficiență de sinteză intestinală în: diaree prelungită, consum oral de antibiotice cu spectru larg și sulfamide, icter obstructiv (absența căii biliare împiedicînd absorbția vitaminei K din intestin), în tratamente prelungite cu aspirină, salicilat de sodiu ș.a.

Pentru a preveni „boala hemoragică a nou-născutului”, i se administrează vitamina K_3 ; de asemenea, parturientei.

HIPERVITAMINOZA apare la nou-născut, debicei prematur, după administrarea unei doze de vitamină K_3 mai mare decît necesară ceea ce determină hemoliză și icter nuclear foarte grav.

VITAMINELE B

Vitamină B_1 (tiamina, aneurina)

Alimentația rațională acoperă nevoile de B_1 .

AVITAMINOZĂ - boala Beriberi - nu există la noi.

HIPOVITAMINOZA - carență moderată - este cauzată de: aport alimentar insuficient, tulburări în absorbția intestinală, alimentație cu exces de făinoase, zaharoase, orez și insuficiența altor alimente. De asemenea, de stări și boli care necesită un aport crescut de B_1 : sarcina, alăptarea, diabetul zaharat, hipertiroida, bolile infecțioase, surmenajul, eforturile fizice repetate și prelungite, alcoolismul cronic. Simptome: astenie, anorexie, constipație rebelă, pareze și paralizii ale membrelor, tulburări de vedere și cardiace, convulsii, oprirea creșterii. Dispar după administrarea de B_1 .

HIPERVITAMINOZA indusă de alimentație nu există. Surplusul de vitamină B_1 , administrat pe gură, se elimină rapid prin urină. Totuși, uneori apar: greață; vărsături, tahicardie, fenomene alergice (care dispar rapid după întreruperea administrării). Au fost semnalate cazuri de „șoc” mortal, după administrarea intravenoasă de vitamină B_1 .

Vitamină B_2 (riboflavina, lactoflavina)

AVITAMINOZA se manifestă prin: paloare a mucoasei buzelor, macerare și fisurare, „zăbăluță” (inflamarea și fisurarea pielii colțurilor gurii), limbă roșie - zmeurie, (dureroasă în timpul masticăției), congestia vaselor conjunctivei, conjunctivită, lăcrimare; scăderea acuității vizuale în timpul zilei, dermatită seboreică a pleoapelor (cu senzație de arsură; și la nivelul șanțului nasolabial), păr uscat, rărit; unghii friabile, eliminarea de scaune moi, grăsoase, ataxie și astenie, tulburarea creșterii.

HIPERVITAMINOZA B_2 nu este cunoscută la om.

Vitamină B_3 (P.P.; niacină; acid nicotinic) are acțiune antipelagroză și se găsește în cantități suficiente în alimentația omului sănătos.

AVITAMONOZĂ nu există la omul sănătos, normal alimentat. Pelagra este avitaminoză PP asociată cu alte carențe; nu există la noi.

HIPERVITAMINOZA apare după doze mari de vitamină B_3 și se manifestă prin: înroșirea feței, vărsături, diaree, amețeală.

Vitamină B_6 (piridoxina). Carența ei poate să apară la 3 din 1 000 de sugari hrăniți timp îndelungat numai cu lapte praf sau lapte condensat. De asemenea, la tuberculozii tratați cu izoniazidă (fără administrare de vitamină B_6) și la gravide cu vărsături repetate. Simptome: iritabilitate, chiar convulsii (la sugari); tulburări gastro-intestinale (balonare, vărsături, diaree); dureri și amorțeli musculare. Carența ar fi și cauză de calculoză renală.

VITAMINA C

Se găsește în cantități suficiente în alimentația rațională.

Laptele mamei are suficientă vitamină C, dacă ea are o alimentație în cantități necesare. Laptele de vacă și laptele praf nu acoperă nevoile sugarului; de aceea, trebuie să se administreze vitamină C (fiole de 2 ml, 1/4-1/2 fiole/zi) din primele zile de viață.

AVITAMINOZA C, determină scorbut, este inexistentă în țara noastră.

Carența moderată de vitamină C determină hemoragii în special ale gingiilor, vindecare înceată a plăgilor, iritabilitate. De asemenea, favorizează infecțiile, scade randamentul fizic și încetinește creșterea.

Excesul de vitamină C nu determină accidente, deoarece se elimină repede prin urină.

CONCLUZII

● Celelalte 14 vitamine cunoscute nu pun probleme de avitaminoză sau hipervitaminoză, la o alimentație rațională, corectă, la omul sănătos.

● Vitaminele necesare, în caz de aport alimentar insuficient sau în anumite stări patologice, vor fi prescrise de medic.

● Hipervitaminoze — adeseori cu manifestări patologice — apar de regulă cînd adulții, dar mai ales copii, consumă în doze mari și timp prelungit diferite vitamine, fără avizul medicului.

Dr. doc. V. PETRESCU-COMAN

PĂRINȚII, COPIII ȘI MEDICAMENTELE

Prezența medicamentelor în viața omului modern este o realitate justificată pe deplin de eficacitatea impresionantă a antibioticelor și a multor preparate care au salvat milioane de vieți. Cel puțin pentru anumite vârste, cum ar fi cea a bătrâneții, ele au devenit nelipsite însoțitoare.

Și în psihiatrie, apariția după cel de al doilea război mondial a unor clase de substanțe puternic active, a psihotropelor, antidepressivelor, anxioliticilor a schimbat radical cursul multor afecțiuni psihice; ele au redus intensitatea și durata unor psihoze endogene, au ameliorat și vindecat numeroase cazuri de depresie, au ușurat substanțial suferința nevrotică și pe cea însoțitoare a bolilor somatice. Aceste efecte benefice asupra unor afecțiuni socotite altădată incurabile au fost considerate cea de a doua revoluție în psihiatrie (prima a fost în secolul trecut și a constat în eliberarea din lanțuri a bolnavului psihic, iar a treia a constituit-o psihoterapia). Curînd după apariția substanțelor amintite, în anii '50—'60, o parte din medicamentele psihotrope au pătruns în viața de toate zilele, depășind cu mult granițele psihiatriei. Multe persoane, încercînd să-și combată trăirile de slăbiciune și neajutorare, au început, în mod curent, să înghită diverse preparate, fără o prescripție medicală riguroasă. Medicamentele au căpătat semnificația unor puternice forțe de sprijin, ce pot regla cu ușurință dezordinile emoționale provocate de confruntarea cu existența de zi cu zi. Să ne amintim de butada anilor '60 „nici un cămin fără Carboxin”.

Se recunosc medicamentelor cîteva calități de necontestat printre care: facilitatea în administrare, efectul aproape imediat și „spectaculos” de liniștire, capacitatea de a șterge majoritatea senzațiilor corporale sau trăirilor neplăcute, reducerea agitației și neliniștii motorii. În psihoze, ca schizofrenia, acțiunea e mai radicală, ducînd la dispariția halucinațiilor și ideilor delirante, la recîstigare coerenței în gîndire și a capacității de relaționare cu ambianța, la remisiune. Efectul lor trebuie judecat în mod diferențiat în raport cu afecțiunile cărora le sînt adreseate, vîrsta bolnavului, mărimea dozei și durata de administrare. Dar cel puțin în sfera tulburărilor psihice ale copilului, în anii '70, utilitatea medicamentelor era contestată în unele țări ca Marea Britanie. De atunci, însă lucrurile au evoluat către o concepție integrativă ce recomandă atît medicamentele ale căror posibilități și limite sînt bine cunoscute în prezent, cît și alte metode, ponderea fiecăreia fiind variabilă de la o afecțiune la alta.

Cel puțin în faza floridă a psihozelor adolescenței, medicamentele trec pe primul plan și se administrează pînă la revenirea completă, de prefe-

rință în spital, cu excepția unor cazuri rare, greu de tratat. Este esențială intervenția chimioterapică și în cazul stărilor acute emoționale, de șoc, a stărilor de neliniște, a crizelor relaționale însoțite de agitație psihică, a ideilor de autoliză sau actelor de agresivitate, a fugilor de acasă, a manifestărilor nevrotice severe și chiar a tulburărilor de comportament. Numai că o bună parte dintre aceste afecțiuni și multe alte tulburări psihice izolate, reclamate de familie în cadrul consultației de specialitate sau de pediatrie, recunosc o cauzalitate complexă în care se intrică verigi genetice, lezionale, psihogene sau maturăționale, unele neinfluențate de chimioterapie.

Puțin importante sînt preparatele medicamentoase în întîzierile psihice și dizabilitățile în învățare, la care esențială este cuprinderea într-un proces recuperatoriu bine condus, singurul capabil de a corecta o parte din deficitul respectiv. Mai contestată este aplicarea medicamentelor pe durată îndelungată în afecțiuni ca nevrozele, tulburările de comportament, dificultățile adaptative și educaționale, mai ales dacă ele sînt utilizate în exclusivitate, fără aplicarea conjugată a altor măsuri terapeutice, cum ar fi psihoterapia, recuperarea, terapia comportamentală, pedagogia specială, sfătuirea familiei, schimbarea de mediu, menite să realizeze maturizarea personalității copilului sau adolescentului respectiv. În acest context, chimioterapia poate să capete un rol de „suport pozitiv” (Zrull, 1980), contribuind la reducerea reacțiilor emoționale și comportamentale negative pînă la obținerea unui grad de reușită profesioală, socială, menită să aducă satisfacții prin vindecare și împlinirea sufletească.

Aplicarea fără discernămint a chimioterapiei și îndeosebi pe perioade îndelungate, pentru a ține copilul „liniștit”, aproape de așteptările părinților săi, în ceea ce privește „cumințenia”, ascunde riscuri grave. După Van Praag (1969) efectele negative ale terapiei medicamentoase ar fi următoarele:

- 1) Creează un adevărat alibi părinților care pot minimaliza problemele emoționale ale copilului lor sau, din contră, prin simbolul ascuns pe care îl conține orice medicament, poate să ducă la supraestimarea tulburărilor respective în sensul unor boli grave.

- 2) Platoșa neuroleptică, termen prin care este desemnată starea de liniște aparentă, indifferență, poate lipsi copilul de reacțiile firești față de diverse situații ale vieții din care învață să se poarte și față de care este necesar, în mod firesc, să reacționeze cîteodată fie și mai violent. **Totodată părinții uită că medicamentele nu pot face pe un copil să fie bine crescut.**

3) Copilul poate să utilizeze medicamentul ca pe o pedeapsă, ca pe un instrument de forță prin care își impune voința celor mari, stimulându-se mai degrabă ostilitatea.

4) Prescrierea medicamentelor simplifică adesea acțiunea terapeutică, medicul evitând confruntarea cu problemele vitale ale pacientului.

5) Efectele secundare le pot depăși pe cele terapeutice. Ele sînt reprezentate de oprirea sau încetinirea dezvoltării cognitive, confirmată de studii românești asupra preparatului Levomepromazin (Rozalia Pirvulescu, 1982), apariția sindromului de apăsare a personalității (W. Spiel, 1967) prin care bolnavul, deși indiferent la ce se întâmplă în jur, poate prezenta și crize de agresivitate. Platoșa neuroleptică pe durată mai îndelungată coboară realizările școlare sau profesionale cu cel puțin o treaptă.

6) În cazul tulburării de personalitate sau nevroză severe, supuse doar terapiei medicamentoase, în absența psihoterapiei sau a altor măsuri din complexul amintit, s-a observat continuarea evoluției nefavorabile, întrucît, cel mai adesea, condițiile ambientale familiale, traumatizante cauzatoare, nu se modifică, exercitînd în continuare influența lor negativă.

Ar fi de amintit că simptomul psihiatric, spre deosebire de cele aparținînd altor maladii — cum ar fi, de exemplu, insuficiența cardiacă, ciroza, cancerul — nu este un lucru în sine, aparținînd strict organismului bolnavului, ci, de multe ori, el se manifestă, cel puțin la început, într-o anumită situație, în raporturile cu părinții sau educatorii. De exemplu, cînd se vorbește de nervozitate, irascibilitate, trebuie avută în vedere și atitudinea celor din jur, care poate fi necontrolată, exagerată și probabil inadecvată momentului. De aceea analiza psihologică evidențiază de multe ori greșeli educative sau neconcordanță între cerințele familiale și posibilitățile sau nevoile copiilor și adolescenților.

Tulburările mediului familial ating, în cazul tulburărilor de comportament, procentaje impresionante (de 60—70 la sută), fiind reprezentate de dezorganizarea, cu absența unuia din părinți, atmosferă nesănătoasă, conflictuală, greșeli educative grosolane, pedepse exagerate, supraprotecție sau neglijare. Este evident că, în asemenea situații, se impun măsuri de influențare a mediului familial prin sfătuire, pregătirea părinților ca educatori sau chiar de protecție a copilului prin plasarea la o școală cu internat sau la o casă de copii.

În ultimele decenii au luat o mare amploare tehnicile de sfătuire a familiei, realizate prin mai multe ședințe comune cu medicul sau psihologul, menite să corecteze atitudinile parentale perturbate și să pregătească părintele să devină mai competent cu ajutorul lecțiilor individuale sau în grup. În ședințele de sfătuire, părintele învață despre cauzele tulburărilor psihice infantile și despre contribuția sa involuntară la apariția lor, cîștigă înțelegerea asupra punctului de vedere al copilului însuși. Probabil că acest aspect este cel mai dificil, întrucît, în cazul unui copil mai mic sau cu tulburări de comportament severe, este greu să admitem noi, adulții, că și el poate să aibă un pic de dreptate, chiar dacă aceasta se ascunde sub un noian de concepții greșite. Chiar și incrin-

minările aparent iraționale, cum ar fi gelozia, referirile la nedreptățile dintre frați, sub absența aprecierii sînt valoroase pentru a reconstrui legăturile pozitive cu copilul și a redirecționa educația pentru a răspunde adecvat nevoilor sale.

Pentru părinte este destul de greu să cunoască trebuințele copilului, mai ales pe cele pe care nu și le poate explica suficient. Printre acestea se află nevoia de mișcare, de joacă, ce vin cîteodată în contradicție cu spațiul locuinței și nervii părinților. Asigurarea unui timp de joacă suficient, toleranța pentru curiozitate, pentru dorința de a explora și a pune mîna pe diverse obiecte, pentru libertatea de mișcare în aer liber, pot reduce mult din simptomele unei stări hiperkinetice, în mod natural, în afara oricărui medicament, păstrîndu-se totodată bună armonie între copil și restul familiei. Asigurarea sportului și a mișcării la copiii silitori și cîteodată excesiv de conștiințosi, crearea unei varietăți de preocupări poate duce la dispariția durerilor de cap, amețelii și oboselii exagerate, la aprija zîmbetului și a cîntecului în viața de toate zilele, fără a se apela la medicamente de „întărire”. Enerbol, vitamine, anxiolitice și multe altele.

Un fel important al educației este de a-i face pe copiii noștri mai competenți, mai pricepuți în diferite activități, chiar în sfera extrașcolară. Multe comportamente „rele” apar cînd cele bune nu au putut fi asimilate, învățate. Adesea copiii agresivi nu știu să-și exprime nemulțumirea în mod adecvat, au o proastă părere despre ei înșiși. Ei nu sînt suficient de socializați, adică nu recunosc și nu respectă nevoile celor din jur. Ei trebuie pregătiți să ceară adecvat, prin vorbe, ceea ce doresc și să se exprime verbal cînd refuză ceva sau vor să se opună unui lucru, să aducă explicații și motivații pentru purtarea lor, dezvoltîndu-și prin aceasta o conduită matură. Principiile terapiei comportamentale, aplicate în educația de fiecare zi, au creat mijloacele prin care pot fi influențați mai bine mulți copii, inclusiv cei cu devianțe comportamentale. E vorba de răsplătirea diferențiată, de contract, de „sistemul punctelor” (în funcție de cîștigarea sau pierderea lor se acordă recompense ori pedepse) și alte metode care îi angajează într-un sistem ordonat de învățare a purtărilor firești. Ele pot și trebuie învățate de către părinții înșiși cînd întîmpină dificultăți în educație, pentru recuperarea diferitelor deficiențe neuropsihice și, adesea, în nevroză.

Psihoterapia este destinată multor copii suferinzi de afecțiuni nevrotice, celor aflați în criză relațională, cu tulburări de conduită și îndeosebi adolescenților cu probleme adaptative; ea se realizează de către psihiatri și psihologi și, deși are o „viteză de acțiune” mai lentă, acționează în profunzime.

În concluzie, medicamentele sînt rezervate numai unui grup relativ restrîns de afecțiuni psihice ale copilului, pe durate în general mai scurte, prescrise de către specialiști și întotdeauna trebuie aplicate în combinație cu alte metode de tratament.

Dr. Constantin OANCEA
șef de lucrări
Clinica de neuropsihiatrie infantilă
București

ARTRITA JUVENILĂ

Numită și „Boala Still”, artrita juvenilă este o formă particulară de reumatism inflamator cronic, cu apariție înaintea vârstei de 16 ani. Statisticile evidențiază o predominanță la sexul feminin. Frecvența bolii este mai crescută în țările nordice ale Europei. Incidența variază în raport cu vârsta, grupele mai afectate fiind 18 luni — 4 ani și 10—14 ani, dar poate apare în orice perioadă între etatea de 6 luni și 16 ani.

Cauza bolii este neprecizată. Sînt incriminați factori infecțioși de natură streptococică (fără găsirea germenilor în lichidele arteriale), virală (virusii rubolic, al hepatitei B), agenți parazitari (cu implicări foarte mici). Caracterul genetic poate fi luat în considerare, fiind, ca și factorii infecțioși sau traumatici, capabil să declanșeze boala.

Manifestările inflamatorii articulare pot fi însoțite de cele extraarticulare: cardiace (pericardită), pleurale, peritoneale, oculare (uveită, iridociclita cronică, cheratită, cataractă), vasculare (vasculite, în cazuri foarte severe), leziuni ganglionare la nivelul splinei, adenopatii (mărirea ganglionilor).

Manifestarea clinică: febra, de scurtă durată (3—4 ore), este însoțită de alterarea stării generale, dar cedează spontan sau la antipiretice. La copilul mai mare poate să apară o stare subferilă, însoțită de erupție cutanară fugace (care dispare în câteva minute sau ore, fără a lăsa urme), care nu dă mâncărimi. Splenomegalia (mărirea splinei) și hepatomegalia (mărirea ficatului) sînt însoțite la copiii de vîrstă mică de anemie, cu paloarea tegumentelor și mucoaselor, tulburări de comportament. Astfel, copilul poate avea apatie, indispoziție, sau devine agresiv ori retras, plîngăreț, astenic, somnolent; uneori întîrzierea creșterii (nanism). Atingerea articulară — influențată de vreme — interesează articulațiile mari și mici de la picioare, ale degetelor mici de la mîini și picioare, provocînd redoare (întepenire) sau artrite uscate, ce se manifestă prin contracții musculare și fixarea articulațiilor în poziții vicioase (anchiloze, subluxații, deviații etc.).

Semne de laborator: VSH-ul crescut iar la probele biologice imunologice, factorul reumatoid este pozitiv în 20—30 la sută din cazuri. Se mai constată anemii severe și creșterea numărului leucocitelor.

Aspecte radiologice: decalcifieri, micșorarea spațiilor articulare, anchiloze, fracturi, coloana cervicală și articulațiile temporo-mandibulare sînt deseori prinse, precum leziunile șoldurilor, gleznelor, genunchilor și ale coloanei cervicale sînt argumente în favoarea diagnosticului de poliartrita juvenilă.

Mijloace de tratament: medicamentele antiinflamatoare sînt cele steroide (cortizonice) și nesteroidale, ultimele în administrare continuă, în pe-

rioadele de activitate ale bolii, constituie principalul mijloc terapeutic. Se recomandă aspirină (considerată ca antiinflamator de bază), asociată cu substanțe protectoare digestive, ca lapte, Ulcerotrat, Alucol. Desigur, se poate asocia și cu medicația cortizonică sau cu sărurile de aur. Indometacinul are acțiune mai slabă decît aspirina și da accidente gastrice, hepatice, oculare, sangvine. Utilizarea Fenilbutazonei este contraindicată datorită efectelor secundare severe. Medicația steroïdă, puternic antiinflamatorie, cuprinde Prednisonul (în doze de atac de 1—2 mg/kg corp/zi pînă la obținerea unor efecte favorabile, urmate de reducerea lentă a cantității, cînd se mai asociază cu aspirină sau Brufen). ACTH-ul se folosește ca medicament de stimulare a secreției de Prednison de către glanda suprarenală și se administrează la dependenții cortizonici, concomitent cu doze mici de cortizon ce previn eventualele șocuri provocate de insuficiență suprarenală secundară corticoterapiei prelungite. Utile sînt și anti-malaricele de sinteză (Hidroxiclorochina), mai ales în forme grave, dar necesită multă precauție, datorită afectării ochilor (retinopatii secundare).

La Centrul metodologic de reumatologie, în forme particulare care nu s-au rezolvat cu tratamentele amintite, s-au obținut rezultate satisfăcătoare prin terapia cu săruri de aur (crizoterapia). Aceste medicamente mai puțin cunoscute, ce fac parte din terapia de bază a artritei juvenile, se acumulează în membrana sinovială articulară și în limfocite, producînd inhibiția celulară și enzimatică, combatînd, astfel, inflamațiile. Eventualele efecte secundare (erupții cutanate, tulburări digestive, anemii) impun întreruperea tratamentului. Imunosupresoarele au o recomandare limitată la copii, tot datorită efectelor secundare. D — penicilamina, la rîndul ei, suferă de aceleași neajunsuri.

Un tratament deosebit este sinovectomia chimică (sinoviorteză). Utilizată după vîrsta de 9—10 ani, această metodă constă în introducerea de acid osmic în interiorul articulației, această substanță avînd rolul de a distruge cartilajul infectat, după care urmează refacerea sa pe cale fiziologică. Nu se aplică decît în forme monoarticulare, mai ales la genunchi.

Fizioterapia este indicată în formele stabilizate, urmîrind creșterea tonusului muscular, înlăturarea redorilor articulare și îmbunătățirea circulației. Procedurile în apă caldă inhibă efectul spastic articular, ameliorează anchilozele. De asemenea, gimnastica medicală, cit mai precoce, îmbunătățește starea copilului și stabilizează boala. Sînt recomandate programe zilnice, de întîrînire, la domiciliu, în special înainte de culcare.

Datorită perturbărilor ce apar în viața copilului și familiei sale din cauza acestei boli cronice și invalidante, o mare importanță o au **măsurile de sprijin psihologic și de recuperare socială**, măsuri ce sînt necesare, de altfel, și în alte maladii ce apar în copilărie.

În astfel de cazuri, copilul prezintă anxietate, negativism, ostilitate, tendință de izolare, neîncredere în medic, părinți și în prescripțiile medicale, are dificultăți școlare. În această etapă, medicul trebuie să întărească psihicul copilului afectat, al familiei sale, să intervină cu tact și fermitate pentru corijarea atitudinilor negative, explicînd

măsurile luate și recomandând un anumit comportament. Trebuie să existe o preocupare continuă pentru elucidarea tuturor aspectelor bolii, pentru ameliorarea factorilor de mediu, pentru găsirea celor mai bune mijloace terapeutice, pentru îngrijirea lui cu dragoste și devotament. Cu cât severitatea bolii este mai mare, cu atât părinții trebuie să fie mai tari, iar relațiile de familie mai strînse.

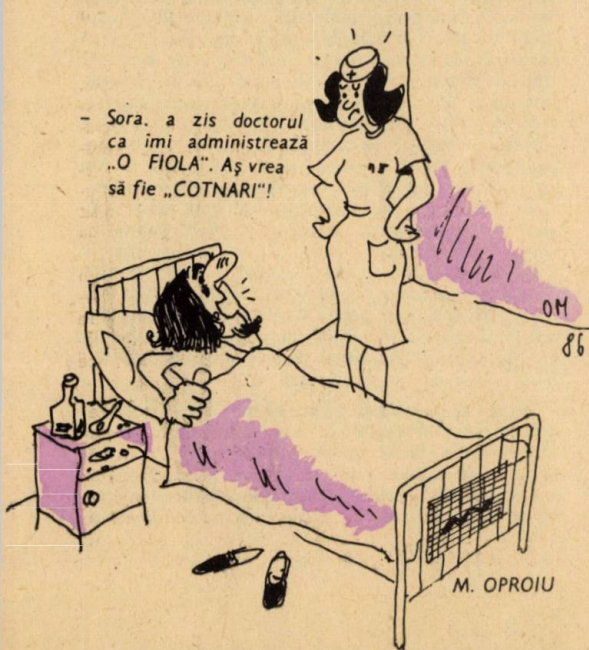
Un copil bolnav este mai întâi copil și apoi bolnav. De aceea el trebuie lăsat să-și desfășoare activitățile zilnice: școala, joaca. Să beneficieze de un anturaj agreabil, printre copiii de aceeași vîrstă. Să i se dea responsabilități în familie, la școală, în colectivități. Are nevoie de un sprijin permanent, dar nici să nu se prevaleze de sarcini. Se cere atenție la orientarea profesională și preocupări pentru reinserția sa socială.

Părinții trebuie să acorde sprijinul psihic copiilor lor, atît la debutul bolii, cît și în cursul evoluției ei. Reacțiile părinților, în perioadele dificile ale bolii, trebuie să fie ponderate, să nu aibă momente de disperare, de neîncredere în rezultatele tratamentului aplicat. Un rol hotărîtor îl are medicul, care, prin intervențiile sale, prin explicații date cu multă răbdare, stabilește cu familia relații de încredere reciprocă pentru ca părinții să treacă mai ușor prin momentele dificile ce apar uneori. Atitudinea neadecvată a familiei are urmări de nedorit în modificarea comportamentului copiilor. Astfel, mila, hiperprotecția, indulgența la administrarea medicamentelor și la absenteismul școlar, tendința de a-l favoriza la împărțirea sarcinilor curente în familie și în societate sînt, uneori, răspunsuri familiale neindicate, cu efecte nefavorabile asupra propriilor copii, afectînd dezvoltarea personalității acestora.

Copilul trebuie înțeles, ajutat, încurajat. În acest fel este sprijinit și medicul în sarcina ce o are de a duce la bun sfîrșit tratamentul copilului bolnav.

Dr. Constanța IRIMESCU
Centrul metodologic de reumatologie

- Sora. a zis doctorul
ca imi administrează
„O FIOLA”. Aș vrea
să fie „COTNARI”!



PREVENIREA TULBURĂRILOR DE COMPORTAMENT

Printre obiectivele majore ale procesului educațional care se desfășoară în familie, în școală și în organizațiile de copii și tineret se înscrie și modelarea comportamentului fiecărui copil, adolescent sau tînăr în conformitate cu un anumit ideal moral-politic, cu anumite criterii, norme și principii care stau la baza vieții sociale și o ghidează.

Situarea liniei individuale de conduită în limitele prescrise și admise de cadrul normelor sociale reprezintă o cerință esențială a unei integrări optime a individului în colectivitate și în activitatea profesională. De aceea, este extrem de important să prevenim, de la cea mai fragedă vîrstă, orice manifestare care deviază semnificativ de la „etalonul” general admis al normalității și care s-ar putea transforma mai tîrziu într-un comportament indzirabil, dăunător.

Lăsînd la o parte cazurile care, prin etiologia și structura lor, intră în sfera patologicului, ne vom referi numai la acele manifestări care apar pe fondul unor erori sau carențe relaționale și educaționale. Deși asemenea comportamente nu au caracteristicile patologicului, ele nu se încadrează nici în tiparul normalului.

Cu alte cuvinte, privite prin prisma criteriilor medicale, ele nu formează obiectul analizei și tratamentului clinic-medicamentos, dar, văzute prin prisma criteriilor și etaloanelor sociale înțetătenite, ele apar ca anormale, inacceptabile, fiind etichetate ca „tulburări de comportament”.

Apariția lor este legată cu precădere de perioadele „nodale” sau „critice” al traiectoriei biografiei individului și se pot înregistra atît pe ramura ascendent-evolutivă, adică la vîrstele timpurii, tinere, cît și pe cea descendent-involutivă, la vîrstele mai înaintate. Deși în ambele cazuri sînt de nedorit, creînd dificultăți de adaptare pentru persoanele în cauză și mari necazuri pentru familie și cei din jur, semnificația cea mai mare o au tulburările de comportament din perioada de evoluție, cînd se formează structura și profilul psihosocial al personalității.

Principalele momente care pot genera crize și implicit tulburări comportamentale se situează între 2½ și 3 ani, 6 și 7 ani, 12 și 14 ani, 16 și 18 ani.

Între 2½ și 3 ani, în evoluția și devenirea personalității se produce un important salt calitativ, care modifică esențial modul de relaționare a copi-

lului cu lumea externă și îndeosebi cu adultul, respectiv cu părinții. Este vorba de cristalizarea și individualizarea în formă explicită a conștiinței de sine. În plan comportamental, aceasta se concretizează în amplificarea tendinței spre independență, în formularea imperativă a unor „dorințe” și „vreri”, în manifestarea unor rezistențe și chiar opoziții la cerințele părinților. Mai mult chiar, părinții constată nu numai că băiețelul sau fetița lor nu mai execută docil ceea ce „poruncesc” ei, dar fac exact pe dos, comportare care a primit denumirea de negativism. La unii copii, cu un tip nervos slab sau neechilibrat, reacțiile și conduitele negativiste sau „îndărătnice” pot atinge o intensitate atât de mare, încât la „ciocnirea” cu un obstacol de genul interdicției sau prescripțiilor parentale izbucnesc în explozii afective paroxistice — de furie și agresiune sau de autopuniție și depresie. Firește, dată fiind marea plasticitate și labilitate neuropsihică la această vîrstă, durata acestor „crize” este relativ scurtă și ele pot trece fără să lase urme semnificative.

Totuși, după cum au dovedit-o cercetările psihologice și de psihopatologie infantilă, în cazul în care părinții sau educatorii dovedesc lipsă de tact, recurgînd la un tratament neadecvat, manifestările inițiale episodice se pot repeta, consolida și transforma în trăsături comportamentale stabile, făcînd din copilul respectiv un „caz-problemă”.

Pentru a preveni o asemenea evoluție nedorită a lucrurilor, părinții trebuie să învețe să imbine autoritatea și fermitatea cu înțelegerea, prudența și răbdarea. Cele mai dăunătoare — și care, în loc să atenueze și să prevină manifestările deviante, le întrein și le amplifică — sînt atitudinile și tratamentele extreme: hiperprotectoare, care duc la cedări sistematice în fața cererilor și capriciilor copilului, favorizînd astfel fixarea reacțiilor și atitudinilor de indisciplină, de sfidare a normelor, de impulsivitate și agresivitate; hiperautoritare, care resping, stopează și înăbușe orice tendință spre individualizare și independență, favorizînd astfel dezvoltarea unor stări de teamă, frică și anxietate, posibil de convertit mai tîrziu în fuga de acasă, vagabondaj, atitudini de răzbunare etc.

În perioada 6—7 ani, caracterul nodal și critic al dezvoltării personalității este determinat de unele modificări fiziologice și de cerințele adaptării la viață și activitatea școlară. Fiind supus unei duble presiuni (una internă, izvorită din pulsunile proprii dezvoltării psihofiziologice, alta din exterior — exigențele și sarcinile impuse de școală), copilul poate, de asemenea, evidenția stări, reacții și comportamente nefirești, aberante, paradoxale. Conflictul cu familia poate deveni, la această vîrstă, mai acut decît la cea precedentă datorită și faptului că autoritatea părintească este înlocuită în conștiința copilului cu cea școlară. Neînțelegerea acestei schimbări face ca unii părinți să recurgă la „acțiuni de forță” și de ostilitate pentru a-și reînscăuna autoritatea lezată, iar alții să minimalizeze noul statut social al copilului, continuînd să-l trateze ca și înainte — lipsit complet de griji, de sarcini și răspunderi serioase. În cazul în care copilul mai împlină și greutăți la învățătură sau de integrare în colectiv, atunci, pe fondul unor tratamente inadecvate din partea adulților, îndeosebi a părinților și învățătorilor, aporește considerabil

frecvența și intensitatea tulburărilor de comportament.

Perioada 12—14 ani este marcată de puternicele modificări psihofiziologice pe care le antrenează cu sine procesul pubertății. Concomitent cu sensibilizarea și centrarea atenției pe efectele produse de maturizare (respectiv de înînzire a maturității sexuale), apar o serie de fenomene neuropsihice caracteristice, precum: accentuarea labilității emoționale, accentuarea simțului pudic și a tendinței de retragere în sine, de izolare, slăbirea capacității de concentrare îndelungată, creșterea fatigabilității, accentuarea irascibilității și nervozității.

Toate acestea pot constitui premise pentru apariția unor tulburări comportamentale de tip autist (reducerea interesului și preocupărilor pentru ceea ce se petrece în jur, exacerbarea autoanalizei, insatisfacția și nemulțumirea de sine, sentimente de inferioritate) sau expansiv-agresiv (indisciplină, nesupunere la norme, convenții și principii, tendința de evadare din sistemul sarcinilor și obligațiilor școlare și sociale etc.).

Asemenea tulburări nu sînt generate direct și implacabil de dinamica evoluției personalității la vîrsta pubertății, ci se produc ca rezultat al unor situații de viață și al unor relații inadecvate în cadrul familiei, în școală (în colectivul de elevi).

În perioada adolescenței are loc conturarea „constanțelor” fundamentale ale profilului intelectual și moral-civic al personalității, alegerea liniei generale de aspirație și a modelului ideal de atins.

Se consideră că, în această perioadă, are loc „a doua mare naștere a personalității”, cînd adolescentul devine un subiect „plenar”, capabil să gîndească și să interpreteze lumea pe cont propriu, în mod independent, să-i analizeze critic pe cei din jur (îndeosebi pe adulți, de sub tutela cărora tînde să se elibereze), să formuleze judecăți de valoare, să se raporteze critic la sine însuși, să se autoevalueze și să se automodeleze.

În dialogul pe care-l angajează în mod deschis și sistematic cu realitatea social-culturală din jurul său și cu sine însuși, inevitabil apar diferite contradicții și situații tensional-conflictuale. Acestea, născute în seamă sau tratate inadecvat de către părinți și educatori, de societatea adulților în general, pot duce la tulburări comportamentale de intensitate mai mare sau mai mică. Pe lîngă fixarea unor trăsături negative de caracter (necinstea, lenea, indisciplina, minciuna etc.), aceste tulburări se pot constitui în „patterne” („moduri”) comportamentale dominante, care, ulterior, sînt greu sau imposibil de dezhădăcinat și corectat. Manifestarea în act a unor asemenea comportamente deviante, în care exacerbează tendințele de perversiune sexuală, de egoism hedonic (hedonism: concepție etică potrivit căreia scopul vieții este plăcerea), de impulsivitate și agresivitate, de cleptomanie și vagabondaj etc., alcătuiesc principala platformă și mecanismul psihofiziologic al delincvenței.

Dacă, așa cum am văzut, niciuna dintre tulburările de comportament de genul celor analizate mai sus nu este înnăscută și predeterminată, ci apare numai pe fondul unui tratament psihopedagogic inadecvat sau eronat al copilului, preadolescentului și adolescentului în perioadele critice ale evolu-

ției personalității sale, înseamnă că ele pot fi realmente prevenite.

Prima și cea mai importantă cerință în acest sens este ca părinții și educatorii să-și revizuiască și să-și adapteze modul de raportare și relaționare (atitudinal și comportamental) la dinamica dezvoltării personalității copilului. Aceasta presupune înțelegerea clară a faptului că, pe măsură ce crește și se dezvoltă din punct de vedere fizic și psihic, copilul își schimbă poziția și statutul în sistemul relațiilor cu adulții — părinți, educatori etc. Or, se constată, cel mai adesea, că aceștia din urmă rămân, în plan relațional, în urma timpului dezvoltării psihofiziologice a copilului. De exemplu, deși copilul a ajuns la vîrsta de 3 ani, situîndu-se obiectiv pe o treaptă superioară de dezvoltare, părinții continuă să-l trateze ca la vîrsta de 1 an sau, deși copilul a ajuns adolescent, relațional, părinții îl tratează ca la vîrsta de 7 ani, fără a introduce în structura și conținutul modului de relaționare cu el elementele noi, specifice, reclamate de nivelul real al dezvoltării pe care copilul l-a atins. La cerințele de mai sus se adaugă apoi altele, tot de ordin educațional, și anume:

- Aprecierea obiectiv-realistă a activității și capacităților copilului (adolescentului) și evitarea inoculării lui cu aspirații și dorințe inadecvate, iluzorii.

- Sprijinirea copilului (adolescentului) în a se cunoaște mai bine, în a-și evalua corect posibilitățile, evitîndu-se formarea complexelor de inferioritate sau de superioritate.

- Atribuirea treptată și gradată de responsabilități și antrenarea în forme de activitate utilă.

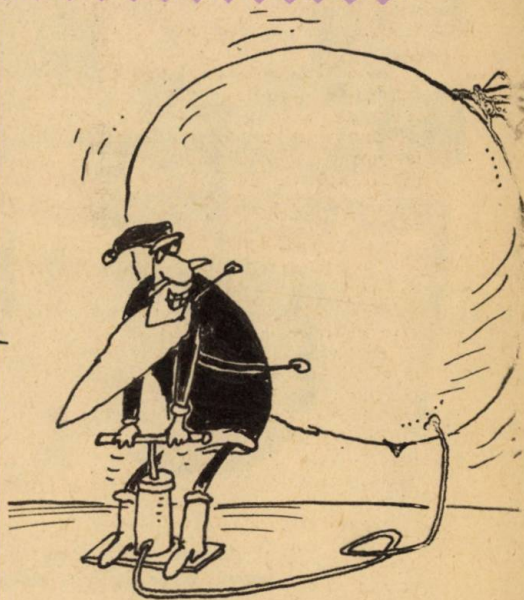
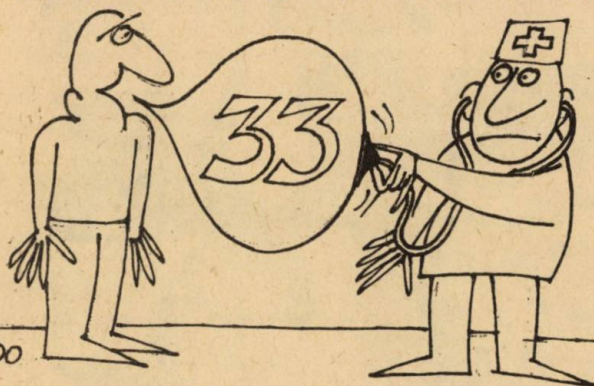
- Formarea unei atitudini adecvate — de prețuire și angajare — față de muncă și a unui ideal de viață sănătos.

- Formarea capacității de discernămint, a prețuirii valorilor autentice și a atitudinii de respingere a tentațiilor ieftine, a preocupărilor exclusiv hedonice, a comportamentelor anormale, destructive, antisociale.

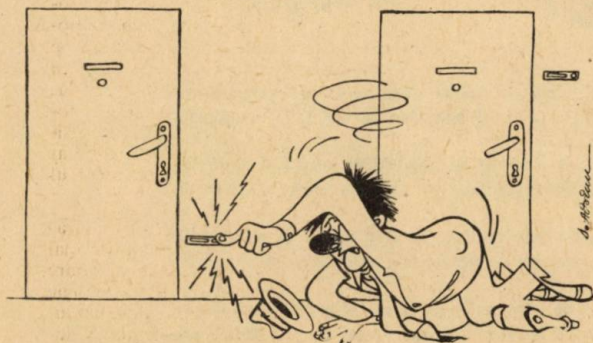
- Asigurarea unei orientări școlare și profesionale corecte, evitîndu-se impunerea forțată de către părinți a unei profesii care este în totală contradicție atît cu dorința copilului, cît și cu aptitudinile și capacitățile lui.

Respectînd și corelînd în mod optim cerințele formulate mai sus, putem obține nu numai prevenirea oricăror tulburări de comportament datorate carențelor sau erorilor educaționale, dar și dezvoltarea la un nivel superior a personalității copiilor noștri.

Doctor în psihologie Mihai GOLU



C. PAVEL



ADRIAN DRAGOMIRESCU

PRODUSE ALIMENTARE PENTRU COPII



Produsele sînt realizate din materii prime de calitate superioară, iar componentele rețetelor conțin principiile nutritive necesare refacerii, întreținerii și creșterii organismului copilului.

Produsele sînt experimentate clinic sub aspectul acceptabilității toleranței digestive, acțiune realizată de cadre specializate din Ministerul Sănătății în creșe, clinici și spitale de pediatrie.

Realizarea acestor produse are loc cu utilaje speciale, cu grad ridicat de mecanizare; ele sînt conservate prin termosterilizare, nu conțin conservant și sînt avizate și recomandate de Ministerul Sănătății.

Produsele alimentare pot fi consumate de copii, de la caz la caz, și după recomandările medicului pediatru, ca atare sau cu adaos de ou, brînză de vaci, carne, etc. sau diluate sub formă de supă-cremă.



— Ce te aduce la mine?
— Mașina 134.

VACANȚOTERAPIA

Pînă mergem iar la școală,
Ne ferim de orice boală;
Cu rîsul și veselia,
Cu vacanțoterapia.

Margareta BARNĂ

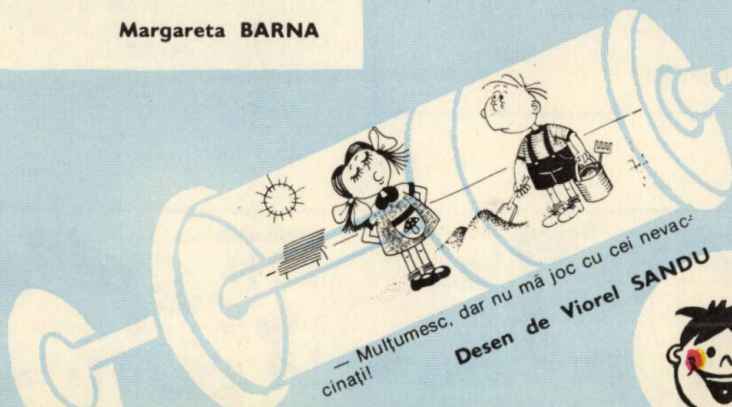
— Ionei, care sînt cele mai dure-
roase operații?
— Adunarea, scăderea, înmulțirea
și împărțirea.

Narcis ZĂRNEȘCU



PREGĂTIRI PENTRU PLECARE

Mama strigă disperată:
Hai, Ionele, nu ești gata?
El răspunde de îndată:
Nu vezi că-l ajut pe tata?
Că la școală, știi tu bine,
El mă ajută pe mine!

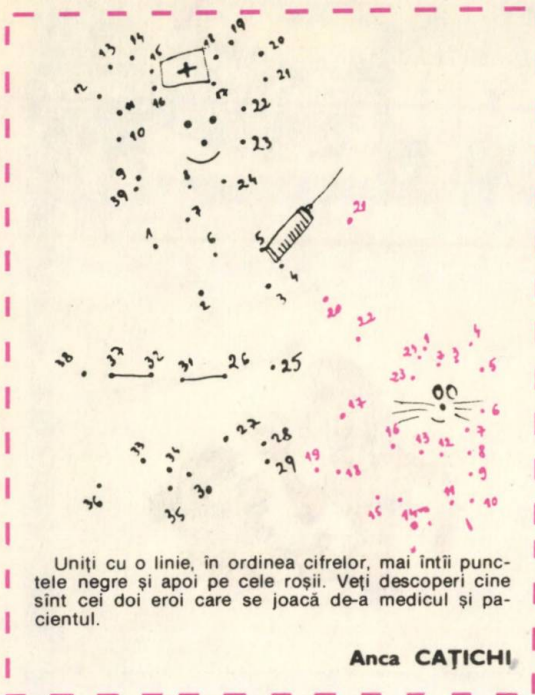


— Mulțumesc, dar nu mă joc cu cei nevac-
cinați!

Desen de Viorel SANDU



• Aplicații ale... bionicii: ceasul cu cuc, ochiul de pi-
sică, arborele cotit,... și multe altele, pe care le puteți
descoperi și singuri, dragii copii.



Doi elevi discută în ora de educație fizică:

— După ce alerg 2 000 m, sînt în stare să săr 2 m înălțime.

— Cred și eu, cu un așa elan...

Un băiat de 10 ani este bolnav și stă în pat de patru zile. În timp ce este examinat de medic, mama iese pentru cîteva clipe. Atunci, băiatul se ridică și cu fața îngrijorată și vocea emoționată, îi spuse doctorului:

— Doctore, sînt bărbat și suport adevărul cu tărie, oricît ar fi de crud. Credeți că mai pot să merg la școală?

CONSECINȚĂ

După ce mîncă Istrate
Vreo cinci prune nespălate
Și cu simburii în ele,
Avu parte de belele.
Se tot vîita sîracul,
Că îl doare rău stomacul.
— Ce-ai pățit? mămica-i spune.
— Nu știu, însă gem... de prune!

V.D. POPA

Igiena lui Dorel

Peria de dinți îi duce dorul
Și săpunul-l vede numai cîteodată;
Totuși, la control, odorul
Vrea să iasă cu... fața curată.

Sabina MĂDUȚA

ZVON DE PRIMĂVARĂ

De prin horn ieșind negrite,
Vrăbiuțe zgribulite
Se scîldau ieri în gîrliță...
Tu, tot nespălat Dodiță!

Ion GEANĂ

INTERPRETARE

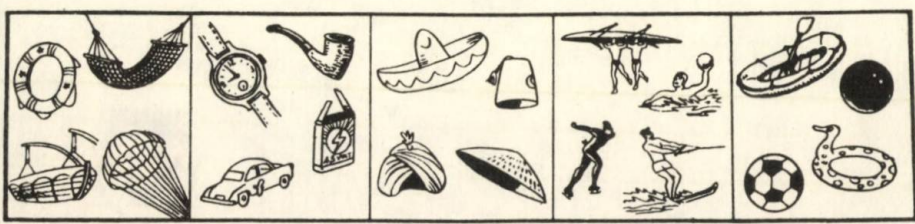
Directorul, pe Sandu, l-a-ntrebat
De ce nu-și coase numărul pe mînă
Și el răspunse că a încercat.
Dar l-a durut aproape-o săptămînă!

DORINȚĂ

Tare ar dori Gigel
Să aibă și el un frate,
Fiindcă-ar împărți cu el
Bătăia... pe jumătate!

Dumitru MIHALACHE

INTRUȘII



În fiecare pătrățel există un obiect care nu are nici o legătură cu celelalte. Încercați să precizați care din ele și de ce.

— Cu ce ne jucăm azi Ge-tuto?

— Cu „imaginația” Costele!

— Cum adică?

— Păi, așa cum ne-a învățat tovarășa educatoare, ne întrecem în fantezie și închipuire... inventând o poveste cu tîlc!

— Ce fel de poveste?

— Frumoasă și despre sănătate, bineînțeles!

— Atunci eu zic să ne jucăm De-a Albă ca Zăpada și cei șapte pitici!

— Imposibil Barbă-Cot!

— Și de ce, mă rog, Cosînzeano?

— Fiindcă Albă ca Zăpada a crescut mare... și este acum doctoriță, iar cei șapte pitici s-au făcut...

— Sanitari pricepuți! Ha, ha ha!

— Ei bine, stimabile Fantezie, lasă gluma că am găsit...

— Vreun bursucel cu piciorușul fracturat de la căratul grăunțelor, ori vreun iepuraș leșinat... de frică?

— Nici una, nici alta! I-am găsit pe... pe cei șapte magnifici!

— Cei din film, cu pistoale?

— Nici vorbă!

— Samurail?

— Ntttt!

— Atunci care?

— Cei din povestea noastră despre „Curățenie și sănătate”!

— Adică?

— Adică **apa, săpunul, prosopul, pieptenele, forfecuța, pasta și cu periuța de dinți** care...

— Erau prietenii nedespărțiți ai copiilor dintr-o grădiniță, așa ca a noastră, pînă-n ziua cînd, dintr-un dulap de încălțăminte uitat deschis, își făcu apariția din spatele unor perechi de ghetuțe și pantofiori plini de noroi, o periută ruptă și murdară de ghetă, pe care pînă atunci nimeni... nu o băgase în seamă!

— Și necăjită că nu mai văzuse cremă de mult timp și că toți copiii sînt amicii celor șapte magnifici, se hotărî să bage zînzanie între aceștia...

— Căci răutăcioasa știa că dacă cei șapte nu se înțeleg

CEI ȘAPTE MAGNIFICI...



între ei, nici copiii de la grădiniță nu mai pot conta pe ajutorul lor... contra unei bande de microbi ce se pripășise pe mîinile unor copii de la grupa mare, certați cu igiena!

— Astfel, fiecărui magnific îi spuse separat — ca să nu audă ceilalți — că se poate trăi sănătos și fără atîta pază și atenție de teama îmbolnăvirii...

— Prima dată a început cu apa, care curgea dintr-un robinet deschis în speranță că doar, doar, se va spăla cineva cu ea... Aceștia îi spuse că nimeni nu o mai bagă în seamă, nici înainte de masă și nici după, și chiar dacă s-ar întîmpla așa ceva... tot la canal ajunge, alungată de magnifici...

— Săpunului îi șopti că ceilalți spun despre el că apa îi înspumează fără milă cînd îl prinde și, tot din cauza ei, alunecă atît de ușor din mîinile unor copii...

— Prosopului îi făcu un compliment la adresa plușului său vărgat, asemuindu-l totodată și cu un aspirator... de care, însă, profită pieptenele și foarfecele care se șterg pe el fără milă... în timp ce unii, neastîmpărați de-ai grădiniței, îl mai aruncă de colo pînă colo, fără rost...

— Forfecuței îi lăudă „cuțitașele cu inele care taie pielea în curele”, dar nu și unghiile mele... pardon, asta este într-o ghicitoare, pentru că, în această poveste, periută murdară de ghetă îi perie rezistența materialului din care este confecționată... dar îi aruncă și o minciună, cum că apa s-ar fi lăudat că o s-o distrugă prin rugină...

— Noroc că forfecuța se usca după fiecare folosire a sa în scopuri de curățenie...

fiindcă mai erau copii în grădiniță ce nu doreau să adăpostească, sub unghiile lor, banda de microbi!

— Pieptenul, cel din os cu dinți subțiri, îi „băgă în cap” că are rude foarte puține printre „locatarii grădiniței”, care, cu el sau fără el, sînt tot cu părul ciufulit și nepieptănat... De aceea, toți ceilalți cavaleri-magnifici ai igienei, rîd de el!

— Dar nici ultimii doi magnifici — periută de dinți — cea care seamănă cu un arici mititel și pasta — nu scăpară de vrajba pe care periută murdară de ghetă căuta să le-o insufle... chipurile din partea celorlalți magnifici, afirmînd că degeaba bat pe la porțile gurilor unora din grădiniță, fiindcă ei tot nu-și vor spăla dinții și cite și mai cite...

— Sesizînd pericolul la care se expuneau, apa, în calitate de cel mai vechi și mai cunoscut prieten al sănătății dar și șeful „magnificilor curățeniei”, convoacă de grabă amicii și hotărîră să-i administreze periutei murdare de ghetă, cea mai fantastică lecție de igienă.

— O prinseră cu sîrmuliță de coada ruptă, o săpună bine și o băgară sub jet puternic de apă caldă, spălînd-o fără milă...

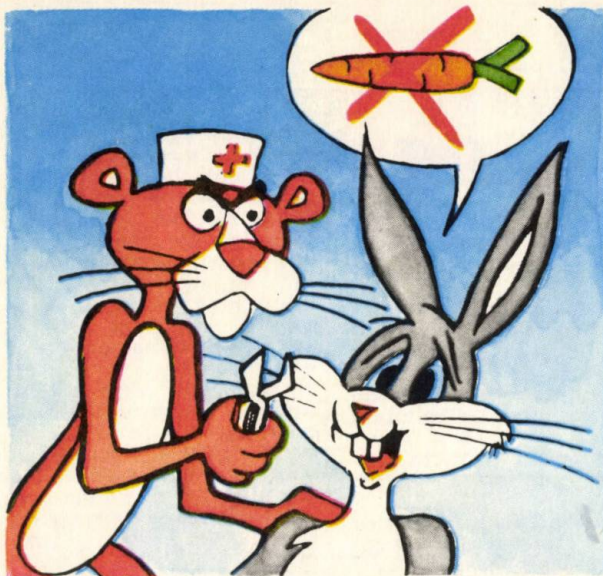
— După ce se zvîntă bine — fiindcă prosopul nu era de nasul ei — forfecuța îi ajustă părul țezordonat, pieptenele îi curăță firele căzute, iar pasta de dinți și periută... o obligă să curețe toată încălțăminte-noroită a copiilor certați cu igiena și...

— Și după ce-și făcu singură o nouă curățenie, fără să o mai împingă cineva de la spate, se alătură și ea magnificilor, în lupta lor contra microbilor, dîndu-și seama că dacă cei ce produc boli ar învinge... și zilele ei ar fi numărate!

— La rîndul lor, copiii grădiniței din povestea noastră îi ajută pe magnifici să biruie „banda microbilor” care se

Dr. George M. GHEORGHE

Continuare în pag. 70



au, dințișorul!

Iepurașul Ronțaița sta în grădina de zarzavat și mestecă cu nespuse plăcere foile de varză mari, cit umbreluța Roxanei, stăpina lui cea dragă. Ar vrea el și niște morcovi, dar în coșul din bucătărie s-au terminat; poate după ce vine Roxana de la grădiniță și îi va aduce măcar un morcovior — așa de poftă! Cu gîndul la morcovi, ronțaița repede și înghite cu lacomie. Deodată, o durere cumplită la un dințișor. Zilele trecute l-a mai durut o dată, cînd a vrut să bea apă, dar durerea de

acum este atît de mare ca i s-au umezit ochișorii și i-a pierit toată pofta de mîncare. Inimioara i s-a strîns de frică. Trebuie să-i spună mamei neapărat: da, dar mama îl va duce la doctorul de dinți și acolo, a auzit el cîte și mai cîte de la motanul Gavrilă, marele hoinar al străzii, și de la tanti Pestrița, găina cea vorbăreată — care știa de la unchiul Gore, dulăul cel bătrîn din curtea vecină, care știa de la un lup din marginea pădurii, care s-a dus odată la doctorul dentist să-i mai ascuță dinții. Dar

durerea asta la dințișor nu se mai domolește deloc, deși a ținut la-buța unde-l doare și a încercat chiar să bea puțină apă, dar vai! l-a durut și mai tare. Ei, fie ce-o fi, amărit și înlăcrimat alearga la mama: „Mamă, mă doare un dințișor, nu mai pot — fă-mi repede ceva să-mi treacă”. Și iepuroaica, buna lui mamă, își pune repede palăruța pe cap, îl îmbracă pe Ronțaița în hăinuțe curate, și hai în zăvoi la cabinetul medicului stomatolog. O căsuță curată, cu flori la ferestre, cu scaunele mici pe care stau trîști iepurași, șoriceii, bursuceii, ursuleții — toți cu lăbuțele la botișor sau legați la falci, deh! ca la dentist. Cînd îi vine rîndul, Ronțaița se așează pe scaun și vede cum Pantera roz, căci ea era doctorul, cu ochelarii pe nas ia tot felul de bețișoare mici care par de argint și-i atinge dințișorul bolnav; dar parcă nu-l doare prea rău; dacă se gîndește bine, nu-l doare chiar deloc, — și ce bine este să nu te doară dințișorul!

Ah, dacă ar fi știut că l-au mințit și l-au speriat și gugumanul de Gavrilă motanul și tanti Pestrița și... toți cei care se tem de doctorul dentist! Mai bine îi spunea mamei de acum cîteva zile, cînd l-a încercat prima durere.

A zis nenea doctorul să mai vină și mîine — așa trebuie — să vadă dacă nu mai sînt și alți dințișori bolnavi. Da, va veni, acum nu-i mai este frică! Ce bine a făcut că i-a spus mamei și a fost curajos; iar nenea doctorul l-a spus să nu mai mestece așa de grabă și să nu bea apă foarte rece din izvorășul ce trece prin marginea grădinii. Sigur, așa va face de azi înainte și o să le spună și prietenilor săi. Ah! Dacă ar putea să-i spună și Roxanei, dragiei lui stăpîne; dar nici nu e nevoie: a văzut el ce dințișori minunați are fetița.

Angela VUZITAS

IERI CITRONADĂ, AZI ORANJADĂ

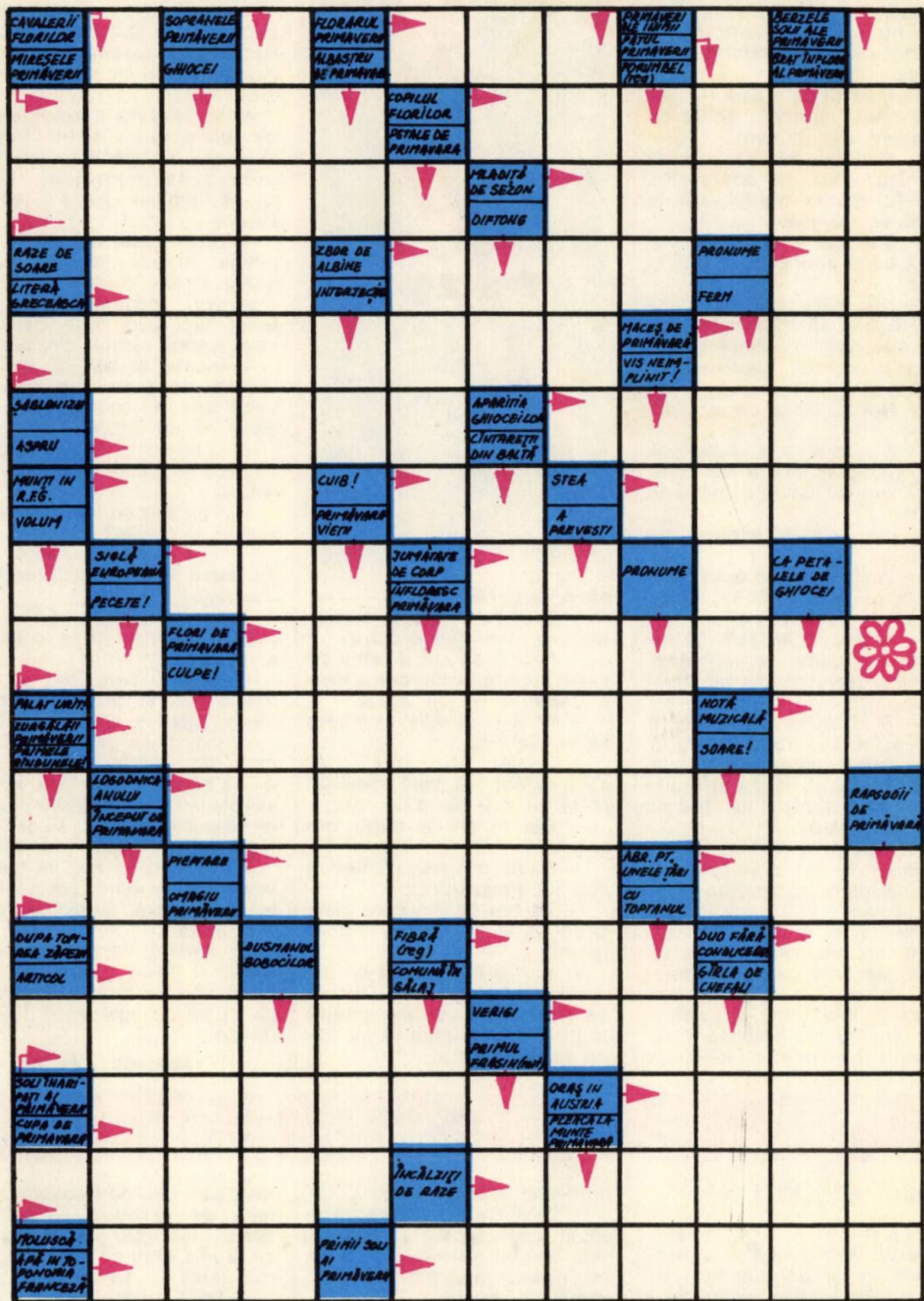
Cînd Adrian, Bogdan și Costel merg la cofetărie, fiecare comandă fie citronadă, fie oranjadă.

1. Dacă Adrian comandă citronadă, Bogdan cere oranjadă.
2. Fie Adrian, fie Costel beau citronadă, dar nu amîndoi în același timp.
3. Bogdan și Costel nu comandă oranjadă în același timp.

Care dintre ei ar fi putut comanda ieri citronada și azi oranjada?

Atenție! Determinați mai întîi cine comandă mereu aceeași băutură.

SOLII DE PRIMĂVARĂ



FLORENTIN TITUS VASILESCU

Într-o dimineață, când mi-reasma florilor din fața balconu-lui a pătruns în casă prin ferestrele larg deschise, And-ra nu mai avea astîmpăr la gîndul că va ieși afară să se joace.

I s-a părut că mama i-a pus mai multă mîncare și, la un moment dat, a spus:

— Mămico nu mai pot să mînc, chiar mă doare gîtul de cîte ori am înghițit, așa de mult am mîncat.

— Dar nu ți-am pus mai mult ca de obicei, poate că ai răcit.

— Nu, mămico, uite, dacă vrei eu pot să mînc tot, dar nu mai pot, iar răcită să știi că nu, nu, nu, hăpciuul, nu sînt.

— Noroc! Țsta nu e semn bun.

— S-a, s-a, s-a, hăpciuul, s-a întîmplat, poate fac chef, nu-i spui tu lui tata așa cînd strănută?

— Cu tata e altceva, pe cînd tu...

— Vezi că mi-a trecut? Mă-mico, mă lași afară să, să, să hăpciuul să mă joc?

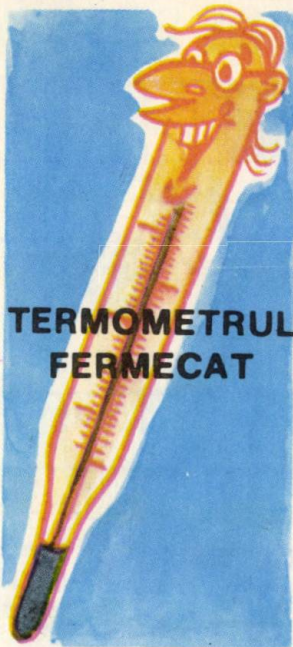
— Andra, tu ai răcit. Să vedem ce spune termometrul. Dacă ai temperatură vei sta în casă.

— Și dacă nu, nu-i așa că mă lași a, a, a, hăpciuul, afară?

— După atîtea stră, stră, stră, hăpciuul, strănături, uite că m-ai molipsit, nu cred să ieși azi afară.

Și Andra a trebuit să se urce iar în pat și să țină termometrul la subsuoară.

Fruntea îi ardea, iar gîtul o durea și ar fi stat așa, culcată, cu păpușica lîngă ea, însă glasurile ca niște clopo-ței ale copiilor ce se jucau afară o îndemnau să iasă și să uite de fierbințeala care, încetul cu încetul, începuse



**TERMOMETRUL
FERMECAT**

să o cuprindă.

— Spune-mi te rog, termometrule, am temperatură?

— Andra, să știi că stau de cinci minute și mercurul meu a urcat la 38 de grade.

— Și e rău? Mie a-nceput să-mi fie frig.

— E rău. Mie mi-e cald, abia aștept să vină mămica ta și să mă pună la rece.

— Dar tu știi să minți, mi-cuțule?

— Eu nu am voie să mint și nici să greșesc.

— Te rog, fă-o pentru mine și-am să te țin o zi în frigider la rece.

— Nu Andra, n-o s-o fac, tocmai de dragul tău. Trebuie să arăt precis ce temperatură ai pentru ca mama ta să știe ce are de făcut.

— Dacă nu vrei, te scot de la subsuoară și te țin sub pă-turică, pe pernă. Așa!

— Gata, ia să văd ce tem-peratură are fetița mamei cea cuminte și ascultătoare, zise mama intrînd în camera And-rei.

Andra scoase termometrul de sub păturică și i-l întinse mamei. Se temea ca nu cumva termometrul să-i spună mamei că l-a scos înainte.

— 36,5 grade, citi pe scală mama Andrei. Nu e grav, poate m-am înșelat.

— Vezi mămico că te-ai, te-ai, hăpciuul! te-ai înșelat? zise Andra sărînd din pat.

— Înapoi în pat! E răcită, are 38 de grade, se auzi o voce așa de subțire că nu știau ce să creadă.

— Mămico ți-ai schimbat vocea? îndrăzni s-o întrebe Andra.

— Nu, puîșor, altcineva a vorbit, dar cine?...

— Ni s-a părut mămico, eu ies afară să mă joc cu copiii, nu-i așa?

— N-o lăsați, e răcită, îi poate îmbolnăvi și pe ceilalți, are gripă.

— M-am lămurit, zise mama Andrei privind termometrul care îi arăta cifra 38.

— Înapoi în pat și să faci ce-ți spune mama pentru ca miine să poți ieși afară, altfel vei sta mai multe zile în casă în timp ce Simina, Lili și Daniela se vor juca fără tine.

— Mămico, te rog să nu fii supărată pe mine, am să fac tot ce-mi spui, fiindcă nu mă simt bine.

Și Andra se culcă, iar mama o înveli cu păturica și plecă să-i telefoneze doctoru-lui și să-i pregătească fetiței un ceai.

Mariana ZĂRNEȘCU

Urmare din pag. 67

aciuese sub unghiile unora dintre ei și pe miinile mur-dare... Apoi, între toți locatarii grădiniței și cei șapte cavaleri ai curățeniei se legă o mare

prietenie, care...

— Care Costele ar exista și acum dacă tu nu ai uita că ești „sanitar de serviciu” și că mai trebuie să deschizi și gea-murile în pauză...

— Iar tu Getuțo nu ai scă-pat din vedere faptul că tre-

buie să-i spui noii noastre co-lege de grădiniță — fetița aceea cu codițe și panglici — că atunci cînd se tușește... se mai duce și batista la gură!

— Lasă, lasă că o vor lua în paza lor.. cei șapte magni-fici!

NOUTĂȚI DIN LUMEA POVEȘTILOR

SCUFIȚA ROȘIE

Azi vă spun o veste
Cu Scufița Roșă:
A-nvățat karate
Și poartă sacoșă.

Iar bunica ei,
Nici nu mă mai mir
A cumpărat pușcă
Și merge la tir.

Lupul când le vede,
Stă înmărmurit;
Cu așa sportive...
Nu e de glumit.



ALBĂ CA ZĂPADA

Mi-au șoptit piticii
Că-ntr-o nucă seacă,
Albă ca Zăpada
Și-a făcut prisacă.

Cine e cuminte,
Primește în dar
Lăptișor de matcă,
Într-un degetar.

Cîteva albine
Pe cei care fură,
Îi tratează gratis
Cu acupunctură.



PRINȚESA ADORMITĂ

Prințesa Adormită
Cînd s-a trezit
a spus:
Să nu mai tot
dăm vina
Pe ursitori și fus.



Că a dormit atîta
N-a fost chiar un
mister:
În ziua cu pricina
Luase un somnifer.

PRÎSLEA CEL VOINIC



Prîslea cel Voinic
Noaptea poat' să doarmă;
A plantat în pomi
Sistem de alarmă

Zmeul nu mai vine,
Totul e-n zadar.
Își cumpără mere
De la aprozar

Dar nu le mănîncă
Chiar la rezezeală.
Cît e el de zmeu,
Mai întîi le spală.

DĂNILĂ



Prepeleac Dănilă
Cum îl știm, galant,
A dat patru boi
Contra un Trabant.

Dar avînd o pană,
În cursa de probă,
A făcut alt schimb
Și-acum are Mobră

Însă a răcit
Și-a venit la mine
Să-mi dea motoreta
Pe trei aspirine.

CAPRA CU TREI IEZI



Altă noutate,
Cine vrea să creadă:
Capra cu trei iezi
Are și o iadă.

Într-una din zile
Nu a fost cuminte
Și făcînd pe lupul
Și-a pilit un dinte.

Dar s-a infectat,
Lucru foarte trist,
Și-a plecat cu frații
Fuga la dentist.

Ea, să se trateze,
Ei, cu alt motiv:
Să-și facă din vreme
Control preventiv.

Versuri de NICULAE TACHE

COPERTĂ LITERARĂ (5,7;4,2,3)



Prin anagramare veți afla numele unui dramaturg român și titlul unei piese de teatru din creația sa.

Mihaela Maria DUMA

— De ce plingi, Irina?
— Mi-a spus Gigel, că am ochi urțiți...
— Și plingi pentru asta?
— Da, am auzit că plînsul face ochii frumoși.

— De ce scoți limba la oameni?
— De cite ori sint răcit, doctorul îmi spune să scot limba.

— Ai luat siropul, că ești răcit?
— Da tătucule
— Păi, văd sticla intactă!
— Da, dar am luat din cel de zmeură.

Mama: — Te-a ascultat?
Copilul: — Da
Mama: — Și ce notă ai luat?
Copilul: — Nici una.
Mama: — Cum așa?
Copilul: — Am fost la cabinet și m-a ascultat la plămîni.

Teodor FRASIN

UMOR

În sala de așteptare a unui cabinet medical, un băiețel intră însoțit de mama sa și imediat începe să plîngă, speriat și temător, fără să poată fi liniștit cu nici un chip. La un moment dat, mama îi arată o fetiță:

— Uite, fetița nu plînge.

La care aceasta răspunde:

— Nu-i adevărat și eu am plîns, dar acum mă odihnesc și după aceea iar o să plîng!

Dialog între două fetițe:

— Bunica mea, pe semne că nu a fost cuminte!

— ?!

— Fiindcă mama a chemat doctorul să-i facă injecții.

Constantin BOGDAN

— Ia spune-mi, ce faci dacă dimineața nu sună ceasul și întîrzi la școală?

— Mă reped la ceas și îi dau două... lingurițe de ceai de... sunătoare, înainte și după masă.

● Capriciile vitaminelor

Vitamina A: excesul de vitamina A provoacă boala numită... gură cască

Vitamina B: Oala ne dă lină, lapte, carne și vitamina Beee

Vitamina C: Vitamina curioșilor: Ce-i asta? Ce-nseamnă asta? Ce spui?

Vitamina D: Nu se găsește în D-egefelele voastre, de aceea nu e nevoie să le sugeți cu atît foc.

Cele mai multe vitamine se găsesc însă în A — B — C — D — ar.

Așa că, dimineața, la prînz și seara nu uitați să mincați... cărțile de școală. Poftă bună!

● Manual de geometrie?

— Linia dreaptă: o linie care nu-și cunoaște lungul nasului.

— Linia frîntă e... frîntă de oboseală?

— Cercul? Iar se mușcă de coadă.

— Trapezul: triplu salt mortal... cu avertisment.

— Sfera: obiect zburător neidentificat.

Narcis ZĂRNESCU

DEZLEGĂRI • DEZLEGĂRI • DEZLEGĂRI •

Solii de primăvară: F — P — MAI — L — M — FLORI — MUGURE — LUMINI — BUTAS — TAV — ROIT — MA — RUTINIER — RUG — RUGOS — IVIRE — ITH — IB — STAR — O — EEC — RP — O — E — PT — TOPORASI — CLOPOTEI — MI — R — PRIMĂVARA — IM — ILICE — ACP — AL — A — INA — UO — GRAURI — INELE — TULIPA — GRAZ — MIDIE — SORITI — EAU — GHIOCEI.

Copertă literară: Aurel Baranga — Adam și Eva

Intrușii: 1. Hamacul (Nu este un obiect de salvare). 2. Bateria (Are energie electrică înmagazinată). 3. Sombrero (Nu este un obiect oriental pentru acoperirea capului). 4. Patinatorul (Sporul pe care-l practică nu este unul estival). 5. Bila de popice (Nu este obiect gonflabil).

Ieri citronadă, azi oranjadă: Din afirmațiile 1 și 2 rezultă că dacă Adrian comandă citronadă, Bogdan și Costel beau oranjadă. Această situație contrazice afirmația 3. Deci Adrian comandă numai oranjadă. Apoi conform cu 2, Costel comandă numai citronadă. În concluzie, doar Bogdan ar fi comandat ieri citronada și azi oranjadă.

MICUL ESCULAP, mini-almanahul copiilor,
realizat de **Lucian HUIBAN**
și ilustrat de **Adrian DRAGOMIRESCU**

avantaje și drepturi

ASIGURATE PRIN LEGE
TUTUROR
DEPUNĂTORILOR LA CEC



Opțiunea de a păstra la C.E.C. economiile bănești personale este un deziderat și un drept exclusiv al fiecărui cetățean în parte, care hotărăște singur asupra acestui lucru. Opțiunea aceasta strict individuală este stimulată și de numeroasele drepturi și avantaje pe care Casa de Economii și Consemnațiuni le asigură tuturor depunătorilor — economisirea la C.E.C. constituind astfel un mijloc eficient, nu numai de păstrare a economiilor bănești personale, dar și de sporire necontenită a acestora, prin dobânzile și câștigurile acordate de C.E.C.

● **Statul garantează depunerile populației la C.E.C.**, titularii depunerilor sau persoanele împuternicite de aceștia putând solicita oricând restituirea totală sau parțială a sumelor depuse.

● Sumele păstrate la C.E.C., dobânzile și câștigurile atribuite

precum și transferul depunerilor pe numele moștenitorilor **sînt scutite de impozite și de taxe.**

● Titularul unui instrument de economisire poate solicita introducerea **clauzei de împuternicire** în favoarea a cel mult două persoane, care pot efectua operații de depuneri, restituiri sau lichidări din soldul instrumentului de economisire respectiv. Clauza de împuternicire este valabilă numai pe timpul vieții titularului.

● După decesul titularului, de soldul economiilor pot beneficia persoanele indicate de acesta prin **dispoziția testamentară**. În cazul în care titularul nu a introdus dispoziția testamentară, sumele se restituie moștenitorilor legali sau testamentari ai titularului pe baza și în limitele stabilite prin certificatul de moștenitor.

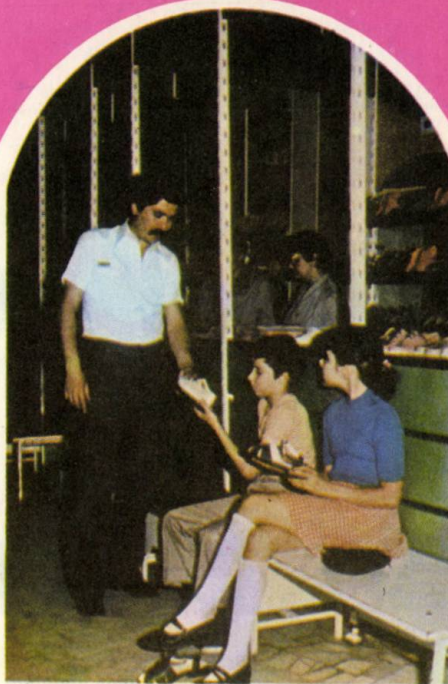
● **Restituirea sumelor depuse se poate condiționa** de persoana care a făcut depunerea pe numele altei persoane. Condiționarea se face la emiterea libretului iar toate depunerile ulterioare pe acest libret sînt supuse condiției inițiale.

● Sumele depuse sînt purtătoare de **dobînzi ori câștiguri** în bani, obiecte sau excursii. Câștigurile se acordă prin trageri la sorți lunare sau trimestriale.

● Depunătorii la C.E.C. au dreptul să dispună după cum cred de cuviință, timp nelimitat, de sumele depuse, **legea asigurînd imprescriptibilitatea** acestora. De aceeași dispoziție legală beneficiază și dobânzile, precum și câștigurile obținute. Datorită acestui fapt, dobânzile și câștigurile pot fi încasate, ca și depunerile, oricînd de depunători.

MINI MODA 1987

Preocuparea manifestată astăzi de majoritatea părinților față de ținuta propriilor copii și dorința lor ca, de la cele mai fragede vârste, aceștia să fie îmbrăcați „chic” trebuie apreciate ca atitudini firești ale omului contemporan. Prin grija pe care o manifestă față de linia, cromatică și calitatea confecțiilor și încălțămintei, părinții contribuie și la formarea gustului estetic, la cunoașterea principiilor armonizării culorilor de către copii în realizarea unei ținute corecte, atrăgătoare.



Vizitînd magazinele și raioanele specializate ale comerțului de stat în confecții, tricotaje, lenjerie și încălțămintă pentru copii se constată că din ce în ce mai puțini sînt părinții care vin să cumpere pentru garderoba propriilor copii fără a fi însoțiți de către aceștia. Pentru că a fi prezent cînd și se alege geaca, fustița, compleul sau chiar numai o cămașă constituie, de fapt, o recunoaștere a personalității tale. O personalitate care, deși în formare, se dezvoltă și prin înțelegerea a ceea ce





este modern și „vine bine”.

Un popas în magazinele și raioanele specializate în confecții, tricotaaje și încălțăminte pentru copii oferă posibilitatea cunoașterii noutăților în „mini moda” pentru fiecare din anotimpurile lui 1987. Scurtele de reton matlasat, hanoracele din tercot îmblănite, pantalonii matlasați sau din tercot căptușit, costumele și salopetele îmblănite pentru copii între 1 și 14 ani, cămășile cu mîneacă lungă (din diftină și tercot), precum și bluzoanele din stofă sînt numai cîteva articole din largul evantai al confecțiilor pentru băieți utilizabile în anotimpurile reci. Aceștia li se adaugă articolele pentru fete — fustițele, bluzițele și rochițele din stofă și tercot, în diferite modele și culori, ca-poteale din diftină sau matlasate, paltonașele și impermeabilele căptușite sau necăptușite. O varietate largă de tricotaaje — pulovere, ja-chete, veste, fustițe, rochii, compleuri, pan-talonii, realizate din fire PNA și poliesteri, în modele noi și într-o paletă coloristică reușit armonizată, oferă posibilitatea satisfacerii celor mai exigente gusturi.

Creatorii „mini modei” 1987 în domeniul

MINI MODA 1987



Recom

confecțiilor au realizat și pentru lunile calde un sortiment bogat. Pentru băieți, cămăși și bluze cu mîneacă scurtă (multe dintre ele cu aplicații de flori sau animale), pantalonii scurți din tercot, tricouri și bluzițe fără mîneacă (din fire PNA) iar pentru fete și adolescente diferite modele de bluzițe (fără mîneacă, cu mîneacă pînă la cot sau normală).

La rîndul lor creatorii din domeniul încălțăminte pentru copii au realizat modele noi de pantofi, ghete, cizme din piele și înlocuitori de piele pentru lunile reci, dar și pantofi și sandale cu fețe de pînză sau din înlocuitori din piele, pantofi, de tenis sau tip „Adidas” pentru anotimpul cald.

Sortimentul bogat și variat de confecții, tricotaaje și încălțăminte pentru copii, linia modernă și gama coloristică corespunzătoare anilor copilăriei și adolescenței confirmă preocuparea constantă atît a creatorilor de modă, a industriei noastre de profil cît și a unităților specializate ale comerțului de stat de a asigura continuu produse de calitate și de a le pune la dispoziția cumpărătorilor.

TINERII DE AZI DESPRE STAREA DE SĂNĂTATE A OMULUI ANULUI 2000

Cercetătorul principal Dumitru Bazac, de la Centrul de cercetări pentru problemele tineretului, a inițiat o amplă investigație pe tema: „Imagini ale tinerilor despre anul 2000”. Cercetarea a cuprins un eșantion reprezentativ format din 379 de tineri muncitori, agricultori, intelectuali, studenți, elevi și alte categorii, băieți și fete, din 11 județe ale țării.

Desigur, imaginea tinerilor despre anul 2000 este complexă, cuprinzând o multitudine de aspecte ale vieții economice și social-politice. Pentru noi, interesantă este, mai ales, imaginea despre starea de sănătate a omului anului 2000. Redăm aceste opinii în limbajul raportului de cercetare.

Dumitru BAZAC:

STAREA DE SĂNĂTATE A OMULUI ANULUI 2000

Optimismul global al tinerilor investigați cu privire la perspectivele viitorului pornește de la starea de sănătate a omului anului 2000. Nici unul dintre ei nu-și inchipuie (de altfel, cine și-ar dori asta?) că ar putea fi bolnav până atunci sau ar putea fi bolnav chiar în anul de cumpănă dintre milenii. Desigur însă că vorbind despre omul anului 2000 nu trebuie avut în vedere numai durata anului calendaristic respectiv, ci, așa și-au imaginat și subiecții cercetării noastre, este necesar a fi luată în considerare o anumită etapă de istorie a omenirii denumită deocamdată metaforic „timpul” sau, mai exact, „timpurile” ori „vremea” Anului 2000 (respectiv și ortografia folosită de cei mai mulți dintre tineri, adică utilizând majuscula). Fără echivoc, afirmă tinerii, starea de sănătate a omului Anului 2000 va fi bună sau foarte bună. Proverbiala precauție „să pui răul înainte!”, caracteristică vîrstnicilor și maturilor, lipsește din vocabularul tinerilor cuprinși în cercetare atunci cînd

vorbesc despre propriul lor viitor și despre șansele de împlinire a dezideratelor lor în epoca Anului 2000. Nu este prezentă nici condiționarea „dacă sănătatea îmi va permite” și nici „filozofia” prudenței excesive și a reținerii, concentrată în formule de felul „vom trăi și vom vedea!” sau „sănătoși să fim (că le vom face pe toate)!”.

Fie nu au nici o îndoială asupra faptului că vor fi foarte sănătoși („bine merci!”, după cum se exprima unii mai șăgalnici), fie vorbesc de o robustețe fizică și o sănătate „de fier”, ce le va permite să desfășoare o bogată activitate profesională, să practice diferite sporturi, să se plimbe și, în general, să facă multă mișcare. Dincolo de propriile lor dorințe dar, evident, mediate de acestea, tinerii au în vedere atît propria lor sănătate cît și a celor foarte apropiați lor (soț/soție, copii, părinți, frați/ surori, prieteni), precum și a generației lor.

Foarte rar, și anume la cei care își lasă mai mult în voie fantezia și se avîntă într-un viitor (mult) îndepărtat (sau, oricum, nedefinit), apare aprecierea că omul viitorului va fi, în general, slab (e vorba de constituția sa fizică), filiform, cu craniul foarte dezvoltat (datorită sporitei solicitări a gîndirii sale comparativ cu situația de astăzi) și cu membrele superioare subțiri, avînd musculatură nedezvoltată (datorită neutilizării, întrucît robotizarea va fi preluat sarcina îndeplinirii muncii fizice). Abia starea de sănătate a acestui „om al viitorului” (dar care nu trebuie să fie neapărat cel al Anului 2000) necesită satisfacerea unor precauții și condiții. Pe pămînt, datorită poluării excesive, se impune diversificarea și intensificarea acțiunilor ecologice, iar pe alte planete (și, în general, în Cosmos) se impune a fi transportat sau produs oxigen pentru alimentarea costumelor autonome pe care vor trebui să le poarte cei ce vor lucra și vor locui acolo. Abia cînd îi descriu pe aceștia, tinerii se referă la posibila precaritate a stării lor de sănătate și la necesara supraveghere (medicală) a sănătății lor.

În fond, referindu-se la ansamblul prefacerilor constructive macro și microsociale, precum și la nivelul evoluției personalității, conceptul „dezvoltare” include și dezvoltarea fizică, ceea ce, desigur, implică asigurarea unei sănătăți trainice și menținerea acesteia pînă la adînci bătrînețe. Iar în legătură cu acest ultim aspect, unii tineri arată că Anul 2000 va aduce cu sine creșterea considerabilă a longevității omului, după unii aceasta însemnînd 80—90—100 de ani, iar pentru alții, și



mai optimiști — 130 de ani. În sprijinul acestei opinii sînt aduse argumente reconfortante din domeniul (deocamdată) prezumtivelor cuceriri științifice ale Anului 2000 și, evident, ale intervalului care îl precede: găsirea căii de vindecare a cancerului, eradicarea celor mai frecvente boli ale zilelor noastre: cele cardiovasculare și neuropsihice. Unii tineri emit părerea că stresul și poluarea —

redutabili imanici ai omului contemporan — vor intra pe calea dispariției.

Avînd, deci, o stare de sănătate bună, omul Anului 2000 este apt să desfășoare activitatea intelectuală și/sau, eventual, fizică (opțiunea pentru aceasta din urmă fiind la latitudinea sa), care va fi necesară existenței sale și a societății.

Ce se desprinde din aceste rinduri? Înainte de toate, faptul că tinerii de astăzi nici nu-și pun problema că ar putea fi bolnavi la granița dintre milenii. Optimismul, specific vârstei, dar exagerat, poate avea efecte negative prin slăbirea vigilenței față de factorii de risc de îmbolnăvire, care există și vor continua să existe. Pentru a atrage atenția asupra acestui lucru de pe pozițiile medicului și organizatorului de sănătate, ne-am adresat tovarășului dr. Sebastian Nicolau, director adjunct al Direcției Asistenței Medicale — Ocrotirea mamei, copilului și tineretului din Ministerul Sănătății".

Dr. Sebastian NICOLAU:

„OMUL TREBUIE SĂ FIE PRIMUL APĂRĂTOR AL SĂNĂTĂȚII SALE”

Apropierea sfârșitului de mileniu găsește omenirea în fața întrebărilor eterne privind destinul și evoluția sa. În drumul său ascendent către realizarea celor mai înalte idealuri morale, omul și-a pus mereu alte întrebări, în funcție de loc și timp, prin care evoluția sa istorică se justifică și își găsește rațiunea. Fiecare generație a adăugat sutelor de generații care au precedat-o cărămida care a făcut ca fundamentul existenței umane să fie mai solid și mai frumos.

Una din preocupările omului, eliberat de constrângerea căutării adăpostului și hranei, a constituit-o nevoia de sănătate. El a simțit, din cele mai vechi timpuri, că fără o stare de sănătate cit mai bună nici nevoile cotidiene și nici aspirațiile sale către civilizație și progres nu se vor putea realiza. De aici preocuparea sa de a combate bolile și apoi de a le preveni. Această preocupare de prevenire a bolilor, materializată în conceptul de medicină a omului sănătos, se conturează a fi preocuparea preponderentă pentru omul anului 2000. Ea este determinată de intuiția individuală și de științele medicale, care demonstrează în mod peremptoriu că este mai economic și mai eficace pentru om și societate să prevină decît să trateze.

Înseamnă că omul anului 2000, beneficiind de cuceririle revoluției tehnice și științifice contemporane, conștientizat în cadrul multiplelor sale responsabilități sociale, trebuie să fie primul apărător al sănătății sale. De altfel, pe plan internațional O.M.S. a propus un generos program întregii umanități sub deviza „Sănătate pentru toți în anul 2000”.

Aceasta nu înseamnă că în anul 2000 nu vor mai fi boli și bolnavi, spitale și dispensare, lucru pe care nimeni nu-l poate gîndi; dar important mi se pare faptul că omul mileniului al III-lea va fi un om profund angajat în preocupările pentru propria lui sănătate. Și cine oare decît tinerii pot fi în primele rinduri ale frontului sănătății? În anul 2000 bolilor devenite astăzi amintire, ca variola, poliomielița, tifosul exatematic, difteria, li se vor adăuga altele grație programelor cu caracter preventiv, instituționalizate la scară planetară, și a realizării unui sistem de protecție eficace la nivel comunitar. Problemele generate de poluarea mediului ambiant sau de boli așa-zise ale civilizației, de tipul bolilor cardio-vasculare și bolilor psihice, apărute ca efect al unor reacții neadecvate ale omului în cadrul mediului său de viață, vor sta în atenția generației de mîine. Un sistem eficace de protecție materno-infantilă va asigura succesiunea unor generații viguroase și sănătoase, care vor fi crescute într-o armonie familială și socială de confort spiritual și material, garantat de o societate aflată permanent într-un impetuos progres. Tinerii de mîine, ca și cei de azi, pot privi cu încredere acest viitor, pe care activitatea neobosită a contemporanilor noștri îl construiește în fiecare clipă. Uneori, perturbări ale ordinii firești dintre oameni sau țări pot crea în mintea unor tineri imagini deformate despre ceea ce ar putea fi denumite „enigmele viitorului”. Istoria umanității arată însă că rațiunea a triumfat întotdeauna, iar progresul n-a putut fi de nimeni și cu nimic împiedicat.

Vorbind despre sănătate, ne gîndim la conceptul pe care tinerii trebuie să-l aibă despre această stare de bine fizic, mental și social. De aceea, nu uităm faptul că ei trebuie să fie conștienți că există factori profund dăunători sănătății, așa cum ar fi tutunul și alcoolul, renunțarea la aceștia fiind o opțiune serioasă pentru sănătate. Fără îndoială, bunăstarea socială se va repercuta asupra fizicului, gîndirii și capacității de muncă, prin care se vor putea obține noi performanțe în aspirația omului de a îmblîzi și a-și apropia natura, cu toate privilegiile care decurg din armonia dintre om și mediul său.

Într-o astfel de armonie, tinerii vor putea gîndi și crea, își vor putea realiza idealurile, iar străvechiul dicton „Mens sana in corpore sano” va deveni parte componentă a unui ideal atins.

Din imaginea tinerilor cu privire la starea de sănătate a omului anului 2000 mai reiese că aceștia prevăd schimbări, evoluții mult prea exagerate față de timpul care ne mai desparte de începutul mileniului trei. Pentru a clarifica acest aspect am apelat la tovarășul prof. dr. Gheorghe Tănăsescu, șeful Laboratorului de igiena copiilor și tinerilor din Institutul de igienă și sănătate publică București.

Prof. dr. Gheorghe TĂNĂSESCU:

„TINERII PERCEP VIITORUL CU NERĂBDARE ȘI ÎNCĂRCAT DE TOATE SPERANȚELE ȘI AȘTEPTĂRILE UMANITĂȚII”

Raportarea la anul 2000 în gândirea noastră prognostică începe să piardă din puterea de stimulare a imaginației pe care o exercită mai ales timpul istoric de largă perspectivă. Căci, chiar și în condițiile de accelerație remarcabilă a evoluției sociale, intervalul de mai puțin de 15 ani care ne separă de începutul mileniului al III-lea rămâne prea scurt pentru respirația amplă a istoriei. Dar acest mod de a privi lucrurile este valabil pentru adulți. Copiii și tinerii percep viitorul cu nerăbdare și încărcat de toate speranțele și toate așteptările umanității, pe care ei le pot constrânge să intre chiar și într-un deceniu și jumătate. Realismul și experiența maturității corectează această înclinare, adăugând așteptării condiționarea și gândirea.

Istoria evoluției omului se înscrie pe intervale mari și foarte mari (de ordinul zecilor de mii de ani) pentru transformările corporale, pe intervale mai scurte pentru modificările funcționale. Se realizează în timpi mai reduși modificările funcțiilor de cunoaștere sub influența proceselor de instruire și educație (de ordinul deceniilor). Nu este prea aproape de noi, nici după anul 2000, creșterea craniului. Este de prevăzut, în mileniul următor, sporirea solicitărilor adresate creierului, dar acest organ are încă rezerve de dezvoltare a complexității structurilor sale microscopice prin multiplicarea legăturilor dintre neuroni. Dispune, de asemenea, de rezerve determinate, se pare, de faptul că omul actual încă nu știe (sau poate n-a avut nevoie) să utilizeze în măsură eficientă o bună parte din neuronii pe care îi are disponibili. Dacă este așa, s-ar părea că încă nu este necesară creșterea masei cerebrale și deci a craniului. Sint convins că, utilizând și aceste rezerve, vom ajunge să călătorim cu zestrea noastră cerebrală actuală în sistemul planetar și în mileniul al treilea.

Creșterea staturii ca și a greutateii se modifică de-a lungul generațiilor. Adolescenții noștri au crescut, în medie, din 1950 până în prezent, cu peste 12,5 cm și cu peste 12 kg. Prevedem continuarea acestei dezvoltări accelerate în deceniile viitoare, cu un ritm care va încetini treptat în primele decenii ale secolului XXI. Se va realiza astfel programul genetic de creștere a corpului uman. Nu trebuie să ne temem de tulburarea armoniei somatice umane în sensul dezvoltării excesive în înălțime, care se va situa în jurul a 2 m.

În perspectivă, va crește timpul liber, utilizat de tineri și adulți pentru practicarea sportului, a exercițiilor fizice, a excursiilor și drumețiilor — ce vor da vigoare mușchilor și mobilitate articulațiilor.

Vom ști să luptăm în deceniile următoare mai bine contra bolilor infecțioase, microbiene, virale și parazitare, care trebuie să fie eradicate.

Asistența medicală preventivă și curativă va ține sub control bolile cronice degenerative — accidentele și procesele îmbătrânirii. Secolul al XXI-lea trebuie să rezolve patologia genetică și să găsească mijloacele de eliminare a cancerului dintr-o cauză de deces.

Optimizarea mediului de viață al oamenilor prin eliminarea factorilor de poluare și progresele cercetării științifice medicale vor determina creșterea duratei medii de viață a oamenilor în secolul al XXI-lea până către 100 de ani și peste această limită.

Oamenii se vor strădui să îmbunătățească raporturile sociale interumane prin eliminarea factorilor psiho-sociali de risc pentru sănătatea mintală.

Sperăm ca secolul al XXI-lea să găsească mijloacele de reducere a riscului de război, asigurând climatul de pace necesar oricărui progres.

Am grupat în aceste pagini opiniile tinerilor de astăzi despre starea de sănătate a omului anului 2000 și opiniile unor prestigioși specialiști cu privire la problema ridicată.

Am pornit de la faptul că tinerii au o viziune eronată cu privire la sănătate, fapt ce se reflectă și în opiniile celor care au fost incluși în cercetare. Este adevărat că tineretul reprezintă categoria de vîrstă cea mai puțin înclinată în a dezbate probleme de sănătate, dar de aici și până la a neglija total preocupările pentru menținerea sănătății este o cale lungă. Această neglijare se constituie ea însăși într-un adevărat factor de risc pentru sănătate. Să nu uităm că până în anul 2000 nu mai sînt decît 14 ani, adică o perioadă foarte scurtă, în care progresul, oricît de accelerat ar fi, nu va duce la schimbări foarte spectaculoase în ceea ce privește sănătatea omului și cu atît mai puțin în structura sa corporală, ceea ce specialiștii solicitanți au arătat cu claritate.

În întîmpinarea viitorului mileniu, tineretul trebuie să-și însușească într-otul mai mare măsură principiile conceptului de medicină a omului sănătos, care sînt principii de bază ale activității profilactice și care urmăresc în special evitarea factorilor de risc de îmbolnăvire. În aceasta tinerii trebuie să fie ajutați de adulți — părinți, cadre didactice, medci — pentru ca, într-adevăr, maturii în plină activitate creatoare ai anului 2000, adică tinerii de astăzi, să fie capabili să restituie societății ceea ce aceasta a investit în ei.

**Anchetă realizată de
Constantin POPOVICI**

ADOLESCENȚA ȘI SPORTUL

Adolescența reprezintă o etapă importantă din viața individului, caracterizată printr-o serie de mari transformări organice, morfo-funcționale, neuro-endocrine, psihice, ce urmează perioadei copilăriei și care se produce într-o perioadă de timp variabilă de la individ la individ, îmbrăcînd note particulare, ce ia sfîrșit odată cu stabilirea trăsăturilor definitive, caracteristice adultului.

Mulți autori subîmpart adolescența în perioadele: prepubertară, pubertară și adolescența propriu-zisă.

Durată și ritmul schimbărilor calitative și cantitative au loc sub influența puternică a sistemului endocrin; ele restructurează și clădesc un nou organism atît din punct de vedere somato-funcțional, cît și neuro-endocrin, ceea ce i-a făcut pe unii autori să considere adolescența ca o a doua naștere.

La fete această perioadă este mai scurtă, de circa 7 ani, pe cînd la băieți ea poate dura peste 8-9 ani.

Un rol deosebit de important în desfășurarea proceselor fiziologice ale adolescenței îl joacă factorii de mediu, cum ar fi alimentația, condițiile de viață, factorul geografic, ereditatea etc., care influențează, favorabil sau nefavorabil, asupra procesului de creștere și dezvoltare, ce se desfășoară într-un ritm accelerat.

În adolescență, capacitatea de efort rămîne în urma dezvoltării generale organice, creînd un dezacord ce se va corecta în timp, întîi prin creșterea corespunzătoare a viscerelor toracice, cord-pulmon, apoi prin perfecționarea și antrenarea funcțională a acestora la nevoile sporite ale organismului.

Funcțiile neuro-psihice se dezvoltă, inteligența devine mai ascuțită, judecățile și comportamentul psihic se modifică în bine, depășînd etapa critică a emotivității crescute, a irascibilității sau timidității excesive, comportarea copilărească fiind înlocuită de capacitatea de a raționa logic și de a face asocieri complexe folosînd noțiuni abstracte, deși uneori se confundă neesențialul cu esențialul și secundarul cu principalul. Adolescentul caută să imite, creîndu-și modele de comportare.

Adolescența este vîrsta marilor pasiuni, a ambițiilor și speranțelor, dar și a delăsării și alunecării spre viciu; de aceea, adolescentul trebuie condus cu multă atenție, discreție și tact pedagogic atît în activitatea zilnică, cît mai ales în timpul liber.

Controlul medical complex este obligatoriu, deoarece medicul poate și trebuie să răspundă la toate problemele privind starea de sănătate a adolescentului, dar mai ales să observe modul în care se face dezvoltarea fizică și dinamica creșterii și capacității de efort. Importante sînt concluziile dar mai ales indicațiile medicale de urmat privind regimul igienic de viață și mișcare, ca și folosirea factorilor ajutători de călire - aer, apă, soare.

Sportul de performanță nu va fi recomandat decît acelor care sînt perfect sănătoși, foarte bine dezvoltăți fizic și cu capacitate deosebită de efort.

Marea majoritate a tinerilor trebuie să practice în mod organizat o formă de mișcare, care să fie

adaptată posibilităților lor sau să fie indicată ca terapie de corecție a unor deficiențe fizice sau funcționale. De aceea, este indicată cultura fizică medicală, care, prin mijloacele sale multiple și variate, duce la întîrirea sănătății, perfecționează calitățile fizice și psihice, crește valoarea biologică, vitalitatea și puterea de muncă a individului. Ea se poate aplica fie ca gimnastică igienică zilnică, fie ca gimnastică medicală corectivă, cînd urmărește corectarea și influențarea favorabilă a unor deficiențe de creștere.

O altă formă de mișcare recomandată o reprezintă sportul și turismul, mult agreate de tineri, și care, practicate sistematic în timpul liber, creează cea mai complexă formă de angrenare a întregului organism în efort, fiind în același timp un echilibrant al funcțiilor vegetative ca rezultat al procesului de antrenare.

Ca și în sportul de performanță, și în aceste situații trebuie respectate cîteva principii fiziologice, cum ar fi:

- alegerea celui mai indicat dintre sporturi sau ramuri sportive;
- gradarea efortului în fiecare lecție și perioadă de pregătire;
- alternarea eforturilor cu pauze necesare refacerii.

În principiu, nu se vor depune eforturi mari, ele fiind rezervate sportului de performanță. Efortul mediu este cel mai recomandabil, deoarece se pot obține efectele favorabile dorite și se evită urmările negative ce pot apărea ca urmare a dozării greșite. Profesorul de educație fizică trebuie să urmărească permanent reacțiile fiziologice și emoționale, apariția stării de oboseală, în care caz reduce numărul exercițiilor, intensitatea lor și durata, prelungeste pauzele sau intrerupe efortul. Se va acorda o atenție specială executării corecte a exercițiilor și mișcărilor. Efecte deosebite se obțin prin practicarea înotului (în special în corectarea unor deficiențe ale coloanei vertebrale, insuficiențe respiratorii, în bolile metabolice etc.) și a unor probe din atletism, cum sînt alergările adaptate la posibilitățile fiecăruia.

În pregătirea fizică a adolescenților de ambele sexe vor fi evitate eforturile statice prelungite, exercițiile violente sau traumatizante, ca și cele de forță și rezistență.

Se va evita, de asemenea, viața sedentară, excesul de muncă intelectuală și profesională necompensate de activitatea fizică corespunzătoare.

Încadrîndu-se într-un regim de viață igienic, în care activitatea profesională alternează judicios cu efortul fizic și repausul, și în care factorii de călire sînt folosiți metodic, tinerii din zilele noastre se bucură din plin de efectele pozitive ale factorilor ce reglează și stimulează creșterea și dezvoltarea armonioasă a corpului.

Dr. Willy WAGNER

medic coordonator,

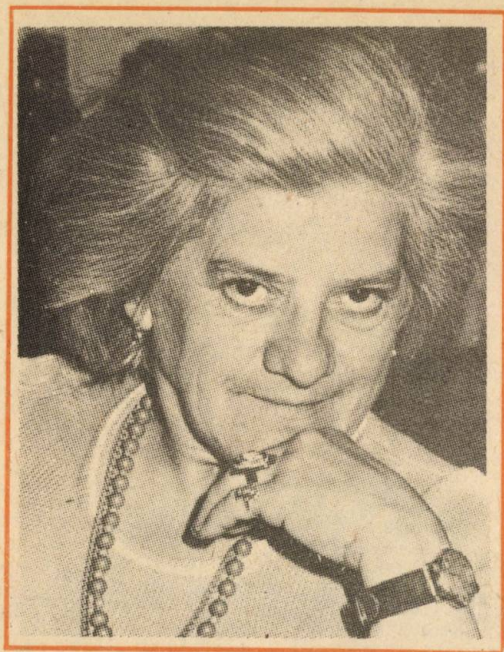
Dispensarul policlinic pentru sportivi

București

VÎRSTELE FEMEII

Cîntată de poeți,
zugrăvită în nemuritoare
pinze,
mereu alături de bărbat,
la bine și la greu,
femeia a fost
și rămîne
eterna purtătoare a vieții,
a frumosului,
a dulșiei și tandreții.
Pe umerii ei,
ce par adesea fragili,
se sprijină o lume.
Cu ajutorul ei
rămînem nemuritori
și dănuim
ca ființe omenești.
Se cuvine,
deci, s-o iubim,
s-o respectăm
și s-o octrotim,
ajutînd-o
să rămînă mereu tînără,
frumoasă
și mai ales...
sănătoasă.
Sperăm
ca grupajul nostru
să-i fie de folos
în acest sens,
lămurindu-i adolescenței,
tinerei soții
sau bunicii
acele întrebări
care-o frămîntă,
atunci cînd
rămîne singură,
cu ea însăși.





VÎRSTELE FEMEII

La naștere, copilul posedă întregul bagaj morfologic afectat sexualizării, gonada (ovarul sau testiculul), organele genitale interne, organele genitale externe, comportamentul hipotalamic, toate acestea în consens cu sexul genetic, masculin (46 XY) sau feminin (46 XX).

În timpul copilăriei, pe o perioadă de peste un deceniu, organismul fetei parcurge o perioadă liniștită, în care au loc fenomene pasive de creștere și care îl aduc în preajma parametrilor deplinei dezvoltări. Acești parametri sînt atinși și realizați între 11 și 16 ani prin pubertate, cînd se desăvîrșește norma de creștere și diferențiere a organismului. Stadiul de dezvoltare este mai precoce în zonele cu temperatură ridicată, la colectivitățile cu standard de viață crescut. El este o etapă eminantă hormonală, care edifică structural și funcțional individul, făcîndu-l capabil procreerii.

Invazia organismului cu hormoni sexualizanti duce la accelerarea și definitivarea creșterii somatice și îl înzestrează, totodată, cu caracterele sexuale secundare.

Creșterea în înălțime le situează pe fete, în final, în jurul a 160 cm $\pm$ 10 cm, cu un schelet delicat, în care distanța între umeri este mai mică decît perimetrul bazinului ce este bine dezvoltat, cu paniculul adipos bine reprezentat, cu topografie caracteristică: pe pube („Muntele lui Venus”), pe fese, pe etajul abdominal inferior, pe coapse. Piloziitatea capului are firul subțire și lung, este

inserată pe frunte, după o curbă cu concavitatea în jos, iar pe ceafă cu o curbă cu concavitatea în sus. Cea corporală este săracă, rară, cu firul scurt, subțire și debil. Tegumentele sînt subțiri, catifelte, netede, moi.

Alături de aceste modificări somatice se edifică caracterele sexuale definitive: orientarea vulvei se modifică (cea antero-inferioară din copilărie, în timpul pubertății coboară inferior și posterior situîndu-se între coapse), labiile mari se hipertrofiază și se pigmentează, vaginul se alungește, apar secrețiile, uterul crește în volum, devine palpabil la tușeul rectal. Apare și se dezvoltă piloziitatea pubo-axilară, inițial cea pubiană (cam la 11 ani), care necesită în jur de 2 ani pentru a atinge plenitudinea dezvoltării sale, iar cea axilară începe cam după 1 an și jumătate după cea pubiană și necesită, pentru a se desăvîrși, circa 3 ani. Dezvoltarea sinului, semn de importanță majoră, are loc către 10-11 ani, iar maturizarea sa deplină este realizată progresiv după 3-4 ani.

Încununarea edificării sexualizării este apariția menstriei, expresia transformărilor pe care hormonii ovarieni le produc la nivelul uterin. Aceste modificări uterine au drept obiectiv pregătirea unor condiții favorabile de găzduire a oului fecundat. Dacă fecundația nu se produce, întregul eșafodaj uterin este distrus și eliminat.

De la pubertate, din momentul primei menstrii și pînă la climacterium, aceste cicluri, care urmează 28 $\pm$ 2 zile, se vor repeta cu regularitate, fiind eventual întrerupte fiziologic doar de sarcină.

Scurgerea uterină de sînge și endometru sfacelat reprezintă menstruația. Ea încheie un ciclu ovarian în care pe parcurs de 28 de zile are loc maturizarea unui oul care poate fi fecundat și construirea eșafodajului uterin necesar găzduirii eventuale a oului fecundat. Dacă fecundația nu are loc apare menstruația, care este mărturia unei sarcini ratate.

Acest proces normal al structuralizării și sexualizării poate fi afectat de o multitudine de cauze, manifestîndu-se prin instalarea mult mai precoce a fenomenelor descrise, reprezentînd pubertatea sau postpubertatea precoce sau, prin neinstalarea sau apariția tardivă și incompletă a acestora, ducînd la pubertate întîrziată.

Intensitatea acestor fenomene poate avea o scară de variabilitate foarte largă; pot fi interesate toate elementele sexualizării (o parte din ele, sau numai un element), tulburarea poate să fie totală sau parțială. De exemplu, menstria inițială poate să nu apară, să existe o amenoree primară, să se întrerupă după o perioadă de prezență ciclică (amenoreea secundară), distanța dintre menstrii să fie mult mărită 60-90 zile (spaniomenoree), să fie modificată cantitativ (în minus sau în plus), să se asocieze cu dureri în abdomenul inferior sau cu dureri și congestie a sînilor. În oricare din aceste cazuri este necesară alertarea părinților și adresarea obligatorie la medicul pediatru sau endocrinolog. Menționăm că intervenția medicală, făcută la timp și în cunoștință de cauză, poate rezolva, fără urmări negative, procesul dezvoltării normale. Etapa sexualizării pubertale, desăvîrșită în jurul vîrstei de 18 ani, face femeia aptă de a asigura menirea



sa: perpetuarea vieții. Asigurarea acestui deziderat are la bază procesul procreației.

Scenariul logic al perpetuării presupune un dublu act: **fecundația** - care reprezintă un act calitativ, obligatoriu necesar formării unui nou individ și **fertilitatea** - un element cantitativ ce consimnează numărul indivizilor rezultați, în timp, din actul fecundației.

Elementele morfologice, funcționale și comportamentale afiliate procesului de procreație și care fac parte din dotarea individului, nu-i sînt indispensabile, în sensul că nu sînt vitale, în schimb, ele sînt imperios necesare speciei. Acesta, pentru a face posibil importantul act al

perpetuării, își ia toate măsurile, ca formarea unor noi indivizi să aibă cit mai mulți sorți de reușită. De exemplu, numărul ovulelor puse în joc de către femeie în perioada reproductivă, ajunse la un grad normal și complet de maturare, eliberate prin ovulație, se situează în jur de 300. Dintre acestea, în cele mai prielnice condiții morfologice, fiziologice și sociale, se fructifică maximum 20.

Fecunditatea și fertilitatea reprezintă o împlinire a familiei, în sens restrîns și în sens larg, o îndatorire majoră față de specie.

Neapariția în cadrul unui cuplu a sarcinii, după o perioadă de conviețuire de maximum 2 ani, în absența oricăror practici de contracepție, pe fondul unui statut socio-economic și de microclimat propice, se consideră sterilitate. Ea este consecința tulburărilor funcționale sau morfologice a eșafodajului afectat perpetuării speciei, care poate interesa unul din parteneri sau ambii (sterilitatea cuplului). Mijloacele medicale moderne fac ca această nerealizare a cuplului să fie aproape în totalitate îndepărtată, în cazul prezentării, la timp și cu încredere, în fața specialistului.

După aproape trei decenii de plenitudine a dezvoltării somatopsihice și sexuale, în care organismul este apt de a perpetua specia, regresiv cu vîrsta, urmează o etapă de declin sexual, climacteriu, etapă de bulversare, în care se strică un echilibru, cel al organismului adult, pentru a se încerca restabilirea unui alt echilibru, al vîrstei a III-a.

Parcînd întregul proces al sexualizării, „creșterea, măreția și declinul său”, ajungem la vîrsta medie de viață a femeii din țara noastră, ce crește mereu, situîndu-se în prezent în jur de opt decenii.

Dr. MARIANA DUMITRACHE
Institutul de endocrinologie „C. I. Parhon”





FETELE ÎN PRAGUL ALEGERII VIITOAREI PROFESIUNI

Înclinarea spre domenii profesionale tradiționale a fetelor a purtat - și mai poartă, e drept, mai puțin azi - amprenta unor prejudecăți transmise din generație în generație. Larga deschidere asigurată de societatea noastră afirmării femeii a făcut să-i pălească falsa aureolă de „sex slab”, fetele îmbrățișând multe din meseriile altă dată considerate ca apanajul exclusiv al sexului zis „tare”.

Această situație își are rădăcina în perfecționările tehnologice care au pătruns în toate domeniile vieții economice de la noi, ca mecanizarea, chiar automatizarea ori robotizarea unor operații, altă dată mari consumatoare de energie fizică umană (cel mai elocvent exemplu, „metalurgia”, unde multe procese sînt conduse azi de la tabloul de comandă).

De altfel, reglementările actuale ale Ministerului Educației și Învățămîntului permit practic alegerea de către fete a mai tuturor profilurilor liceale sau a meseriilor din cadrul acestora. Doar în ramuri în care consumul de energie este încă crescut - marină, mine, petrol - accesul acestora este limitat (ca de altfel și al unor băieți care nu fac față unor exigențe medicale speciale). De asemenea, unele meserii, din profilurile mecanică și electrotehnică, de la unitățile de învățămînt în care se pregătesc muncitorii din domeniile foraj-extracție și minerit subteran, precum și meseria de pădurar nu sînt accesibile fetelor. Totodată, în învățămîntul superior, la specializările din profilurile petrol și mine

doar un mic procentaj din totalul locurilor scoase la concurs poate fi ocupat de fete.

Desigur, nu se poate nega existența anumitor deosebiri anatomice și funcționale între cele două sexe. Se cunoaște că, în comparație cu bărbații, femeile au o forță musculară mai redusă, o talie mai scundă, o capacitate pulmonară mai diminuată, o conformație a scheletului mai fragilă. Membrele superioare mai scurte scad la ele spațiul fiziologic de lucru, adică cel aflat în raza de activitate a celor două mâini. Toate aceste particularități, ca și alte cîteva (o mai scăzută rezistență a aparatului cardiovascular și respirator la efort, un volum sangvin și o cantitate a hemoglobinei din sînge mai reduse), fac, în general, ceva mai dificilă adaptarea femeilor la eforturi fizice de durată și intensitate mare. În schimb, ele prezintă însușiri care le permit să efectueze manopere care cer îndemnare manuală deosebită, finețe, precizie și rapiditate, o bună rezistență la monotonie. De aceea, sexul feminin face față cu brio muncii în industria electronică, automată, mecanică fină, telefonie, în industria ușoară.

Sînt recunoscute fetelor și aptitudini verbale mai bune decît ale băieților, de unde succesul cu care fac față în profesii din învățămînt, cultură, administrație și pretutindeni unde se lucrează cu publicul. Sensibilitatea deosebită a fetelor, simțul altruist, solitudinea, caritatea, toate acestea fac să li se potrivească ca o mînușă profesiunile cu caracter social: medic, soră medicală, educatoare etc.

În țara noastră, Ministerul Muncii, Ministerul Educației și Învățămîntului, Ministerul Sănătății, Uniunea Generală a Sindicatelor și Consiliul Național al Femeilor au întocmit un nomenclator cu profilul în care pot fi utilizate femeile în diverse ramuri ale economiei naționale și, în cadrul acestora, în diverse meserii, profil ce poate varia între 10 și 50 la sută pentru domeniul cu meserii cu un consum încă crescut de energie, între 50 și 90 la sută pentru acelea în care efortul fizic este mediu și de 100 la sută în meseriile din ramuri economico-sociale cu efort fizic mai redus și în care particularitățile somatice și psihofuncționale ale sexului feminin pot permite exercitarea optimă a acestor profesii. Aceste meserii cu pondere exclusiv feminină sînt mai ales din industria textilă, a confecțiilor, pielăriei, blănăriei și încălțămintei, din industria alimentară ori a cosmeticilor, în prestațiile pentru servirea populației etc. În total, aproximativ 150 de meserii și locurile de muncă corespunzătoare sînt rezervate numai pentru femei.

Important este însă de subliniat din nou că, practic, aproape în toate domeniile vieții economice fetele și femeile nu au accesul îngrădit sau limitat. Este, de aceea, de datoria școlii să înfațișeze această perspectivă de anvergură elevelor dar și părinților, care, uneori, mai au, nejustificat, rețineri (de cele mai multe ori din necunoașterea realităților care au schimbat „din cap pînă în picioare” unele meserii, grație revoluției tehnico-stiințifice contemporane) în a-și îndruma fiicele pe rute profesionale mai puțin (sau deloc) bătătorite de ei înșiși.

Dr. Gheorghe-Eugeniu BUCUR
medic primar,
Centrul sanitaro-antiepidemic
al municipiului București

FIBROMUL UTERIN

Este o tumoră benignă uterină, frecvent întâlnită între vârsta de 30 și 50 de ani.

Terminologia corectă este de **miom**, dar termenul cel mai des utilizat, atât de specialiști cât și de nespecialiști, este de **fibrom** sau **fibromiom**. Acesta poate fi o tumoră unică sau multiplă, cu dimensiuni variabile - microscopică sau atingând volumul unei sarcini de 6-7 luni, care ia naștere din fibrele musculare, netede, ale mușchiului uterin, orientându-se circular. Este o tumoră bine delimitată de țesutul muscular uterin din jur iar pe secțiune are o culoare roz-siefie. Se poate localiza mai rar la nivelul colului uterin dar cel mai frecvent la nivelul corpului uterin, se poate dezvolta pe suprafața uterului, subperitoneal și, în acest caz, simptomatologia este redusă. Tumoră se descoperă numai la un consult genital sau, dacă este de dimensiuni crescute, o simte însăși femeia prin palpare abdominală.

Localizarea sub mucoasă sau dezvoltarea fibromului în cavitatea uterină prezintă o simptomatologie mai zgomotoasă. Femeia poate avea hemoragii uterine abundente, în timpul menstruației sau între menstruații și/sau dureri colicative repetate, când fibromul are tendința să fie eliminat prin col. Localizarea chiar în grosimea mușchiului uterin este destul de frecventă și asociată cu hemoragii în perioada menstruației și dureri pelvine surde. Dacă fibromul este localizat pe fața anterioară a uterului, femeia poate prezenta tulburări urinare, dureri, micțiuni frecvente sau chiar incontinență de urină, iar dacă localizarea este pe peretele posterior al uterului - durerile lombare sau în momentul defecației nu sînt rare.

Deci, semnele prin care se face cunoscută tumoră sînt hemoragia și durerea. Foarte frecvent însă tumori mari (de exemplu, cit un cap de adult) sînt descoperite la examenul ginecologic sistematic, pe care orice femeie trebuie să-l facă cel puțin odată pe an. Hemoragia genitală însă, asociată sau nu cu o anemie secundară, este simptomul cel mai frecvent întâlnit în cazul unui fibrom. Această sîngerare se datorește creșterii în grosime a mucoasei uterine concomitent cu dezvoltarea fibromului.

În general, diagnosticul de fibrom se pune ușor de către medicul specialist. Se poate confunda însă cu o sarcină normală sau patologică, cu un chist de ovar sau un cancer de sigmoid, cu un bloc apendicular sau cu o pelvipertonită.

Fibromul uterin, dacă nu este extirpat, poate suferi unele modificări secundare sau se poate complica. Astfel, poate suferi o degenerare chistică sau grăsoasă, se poate impregna cu săruri de calciu (calcificare), se poate infecta (în special cel localizat submucos), poate suferi o necroză sau

poate degenera sarcomatos (un cancer cu un prognostic rezervat).

Formarea fibromului este legată de estrogeni (hormonii secretați de ovar în special). Această legătură este probată pe de o parte prin receptorii pentru estrogenii pe care îi are țesutul fibroamelor, iar pe de altă parte prin datele clinice.

Fibroamele nu se întîlnesc înainte de pubertate (cînd producerea de estrogeni a ovarelor este scăzută); ele scad în dimensiuni sau chiar dispar după menopauză (perioadă cînd estrogenii sînt, de asemenea, sintetizați în cantități mai reduse); cresc în dimensiuni dacă femeia primește un tratament cu estrogeni sau, din contră, are o dezvoltare redusă sau staționară, dacă femeia este supusă unui tratament cu antagoniști ai estrogenilor (progesteron, progestative de sinteză sau androgeni).

Tratamentul nu poate fi standardizat, fiind în general individualizat și corelat cu simptomatologia pe care o prezintă, cu vîrsta bolnavei și cu dimensiunile tumorii. Cel mai frecvent, bolnava este supusă unei conduite chirurgicale, dacă fibromiomul este voluminos și produce disconfort sau chiar dureri, dacă se asociază cu hemoragii repetate, cu sterilitatea sau cu avortul habitual, ori dacă aceasta este tînră.

Fibromioamele multiple necesită o terapie chirurgicală care trebuie să respecte funcția menstruală și reproductivă a femeii - dacă aceasta este tînră - sau cel puțin funcția menstruală, dacă bolnava este înainte de menopauză. Miomectomia (extirparea fibromiomului) este o intervenție frecvent efectuată, histerctomia totală efectuîndu-se la femeile în preajma menopauzei, după menopauză, sau dacă fibromioamele sînt voluminoase sau multiple.

Tratamentul medical - constînd din progestative de sinteză sau androgeni - se aplică femeilor cu fibromioame mici și în special asociate cu hemoragii, celor în apropierea menopauzei sau cărora nu li se poate efectua o intervenție chirurgicală datorită unor boli asociate.

Foarte adesea fibromioamele uterine sînt eliminate prin chiuretaj uterin, care oprește hemoragia, uneori extrem de abundentă, și permite un examen histopatologic. Nu de puține ori fibromiomul este asociat și cu un cancer de endometru.

Fibromiomul uterin poate fi diagnosticat, tratat corect și la timp, ca de altfel și alte stări patologice feminine, dacă femeia este examinată genital cel puțin o dată pe an.

Conf. dr. Maria CERNEA,
Clinica de obstetrică ginecologie,
Spitalul clinic județean Craiova

CRITERII ÎN ALEGEREA PARTENERULUI

Tinerele trebuie convinse că înțemeierea familiei este tot așa de importantă ca și alegerea profesiei și că orice greșală în acest domeniu se repercutează asupra vieții și sănătății lor, asupra vieții și sănătății propriilor copii.

Prevenirea eșecului matrimonial include înaintea de toate, pentru fiecare tânăr, o evaluare scrupuloasă, reală a propriilor disponibilități sau, așa cum se spunea în limbajul atît de adevărat al străbunilor noștri, un tânăr poate să se căsătorească, dacă este „copt”, adică dacă este pregătit din toate punctele de vedere — fizic, psihic, material, cultural, chiar sanitar — pentru a face acest pas hotărîtor în existența lui. Viața arată că nesocotirea unora dintre factorii amintiți pune în primejdie instituția căsătoriei, viața și sănătatea, fizică și mintală, a partenerilor, dar mai ales a copiilor acestora.

Unii tineri consideră sub acest raport că numai după încheierea studiilor, numai după obținerea unui statut economic bine consolidat pot proceda la căutarea și alegerea partenerului, a parteneriei de viață. Ei ignoră importanța acestor ani ai tinereții pentru bucuriile vieții de familie, pentru sănătatea și echilibrul copiilor lor.

Aminarea încheierii căsătoriei, dincolo de sfîrșitul celei de-a doua decade de viață, reprezintă pentru cuplu un adevărat „salt” peste cei mai frumoși ani ai „vieții în doi” și, nu rareori, copiii așteptați și doriți de cuplu pot să-și întîrzie apariția, datorită scăderii relative a fertilității cuplului conjugal, întemeiat mai tîrziu.

Desigur, obținerea independenței economice a fiecărui partener crează familiei tinere un start bun, cert, o autonomie de care cei doi sînt mîndri, pentru că au obținut-o cu propriile lor posibilități. Tot așa de adevărat este că nu toate tinerele familii au încă de la început întregul inventar de bunuri pe care și-l doresc. Dar, care altă dovadă de afecțiune reciprocă poate să egaleze contemplarea de unul, sau de celălalt dintre soți a celui gest care amintește că amîndoi au ales, amîndoi au hotărît și amîndoi au cumpărat, cutare sau cutare lucru, pe care nu-l va folosi fiecare în parte, ci amîndoi, unul pentru celălalt? Și aceasta pentru toată viața.

A-l cunoaște pe cel ales ca partener de viață, înseamnă a cunoaște ce gîndește despre familie, despre rolul fiecăruia dintre soți în familie, a cu-

noaște familia din care provine, modul în care celălalt este integrat profesional și social, felul în care este apreciat din aceste puncte de vedere. La acestea se poate adăuga înregistrarea opiniilor despre modul în care vede viitorul familiei pe care vrea s-o închege, despre copiii pe care și-l dorește, expresia cea mai înaltă a afecțiunii.

În alegerea partenerului de viață, tinerele nu se pot lipsi de sfatul, de consultările cu proprii lor părinți, cu propria lor familie. Experiența acestora reprezintă adesea un tezaur de care nu trebuie să se lipsească. Se pot întîlni, desigur și situații de „veto”, cînd părinții interzic necondiționat, sau, dimpotrivă, hotărîsc necondiționat încheierea unei căsătorii. Aceste atitudini se cheamă „amestec” și sînt de domeniul trecutului. Părinții au dreptul la argumente, la prezentarea și verificarea faptelor, dar ultima hotărîre aparține tinerilor.

Alegerea partenerului de viață este și un act de cultură pentru că și aici se poate parafraza: „Spune-mi cu cine te căsătorești, că să-ți spun cine ești”. Motivația căsătoriei stă la baza trăinicieii acestora.

Numeroase anchete întreprinse și în țara noastră arată că majoritatea tinerilor au în vedere pentru căsătorie un partener lîngă care să poată munci și trăi într-o atmosferă de încredere desăvîrșită și de afecțiune reciproc împărtășită, cu care să poată împărți bucuriile și grijiile vieții. Fetele de astăzi doresc mai puțin un „Făt frumos”, și mai degrabă, un tânăr care să le iubească și să le ocrotească necondiționat, cu care să-și petreacă „împreună” nu numai duminicile sau timpul liber, ci toate momentele vieții de familie, „mai bune sau mai rele”. Fetele de astăzi preferă mai puțin băieții fumători, băieții cu „succes în societate” și-i detestă pe cei care consumă alcool. La rîndul lor, băieții doresc ca viitoarea lor soție să fie frumoasă, nu numai la chip ci mai ales la suflet, să fie generoasă, să fie apreciată social și profesional, să-i iubească necondiționat.

Reușita familiei tinere este o bucurie și pentru familiile din care vin acești tineri iar calitatea relațiilor dintre persoanele din generații diferite decide, în numeroase privințe, asupra traiectoriei familiei tinere.

Psiholog Lucia PIETRARU

MODA CA STARE DE... SĂNĂTATE

E adevărat că pe lângă atâtea apropieri și paralele ce s-au făcut între modă și femeie, între modă și artă, între modă și... și, și... mai este loc și de cea între modă și sănătate. Să încercăm s-o operăm...

În primul rând, să nu uităm sau să minimalizăm importanța acestui factor pentru o bună stare psihică... atunci când o avem și ea se reflectă în modul de a ne îmbrăca, coafa, purta ș.a. Poate de aceea, trebuie să avem un exemplu în cei foarte tineri care pun atîta suflet în tot și în toate, fără să lase pe ultimul plan aspectul exterior (ci dimpotrivă!) și în cei care, deși nu mai sînt tineri sau foarte tineri, adoptă moda ca pe o fereastră mereu deschisă spre nou, spre prezent și viitor...

Pe de altă parte este adevărat că moda se adresează tuturor vîrstelor, cu condiția să ne păstrăm o siluetă, o alură tînră și sănătoasă (deși unii spun că exagerăm). În acest caz, ni se vor potrivi și niște lucruri moderne, nu cantonate în perioada îndepărtată și fericită a tinereții noastre. Poate va trebui să încercăm să ne confecționăm (sau să ne adaptăm în fiecare sezon) o haină sau măcar un accesoriu modern, în care să ne simțim bine și să nu purtăm cu orice preț ceva în care ne-a stat cîndva bine.

În continuare, vom face așadar pledoaria stilului clasic, stil care nu dispăre niciodată, revenind mereu cu oarecare modificări, dar nu esențiale. O fustă ecosez, în cute late, o bluză albă și un blazer sau jachetă bleumarin vor fi întotdeauna „moderne”, asigurîndu-ne o eleganță confortabilă, „fără vîrstă”.

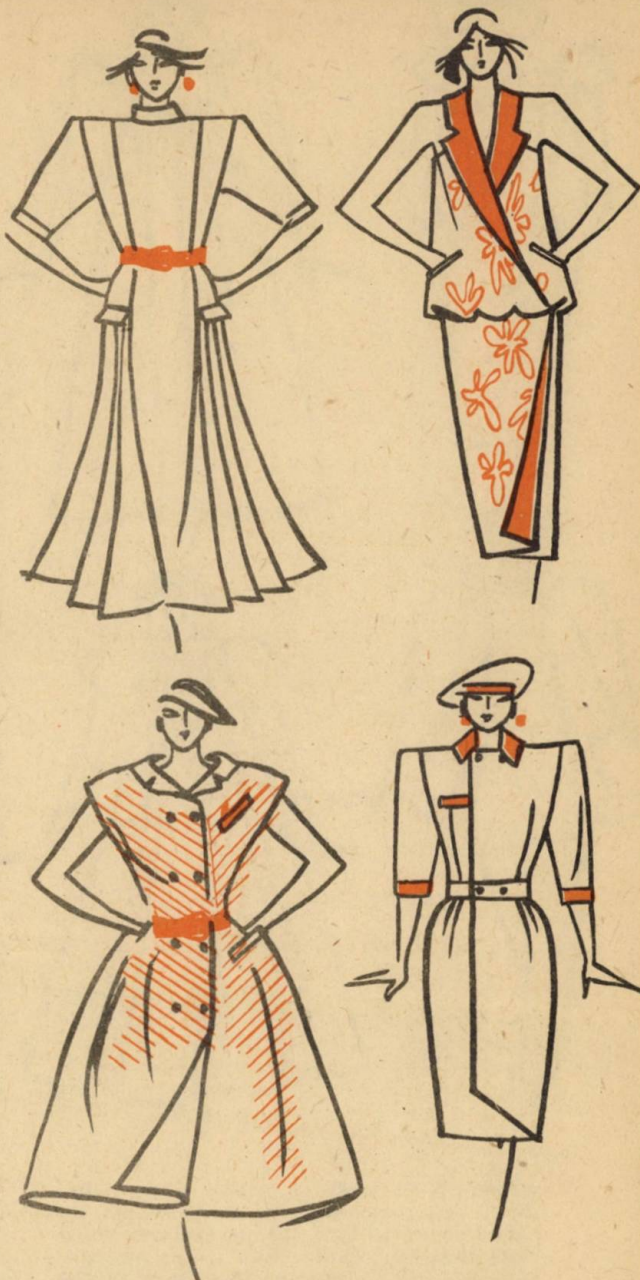
Azi - ca încă o dovadă de necontestat a ceea ce vrem să susținem - preponderent este stilul „sport”, confortabil și practic, în deplin acord cu ritmul vieții noastre cotidiene, cu dorința de non-conformism, de „elegant” fără ostentație și etichetă.

Blazonul - poate sortimentul ce va rămîne, într-o eventuală istorie a modei ca simbol al acestui sfîrșit de secol - ansamblul din mai multe piese coordonate, blazerul, bluza, pantalonul, fusta, toate cu croieli lejere, ample, comode, din materiale suple, ușoare, neprétențioase, în nuanțe mai mult sau mai puțin vii, vor continua să fie la modă.

Nu ne vom încheia considerațiile fără cîteva noutăți despre moda anului 1987, apreciind că ea va continua să fie feminină, simplă și colorată. Nevoia de confort și liniile clare ale croielii impun țeșături naturale sau cu aspect natural, ușoare, suple, chiar transparente pentru vară, în contexturi rustice și rafinate, satinat și sifedate.

În lumea imprimeurilor se semnalează revenirea dungilor, ce par să înlocuiască exuberanța florală a verii '86, dungi de diferite dimensiuni, rapoarte și armonii coloristice.

Culorile la modă sînt diversele nuanțe și tonalități, mai atenuate sau mai vii, din gama roșului, galbenului, violetului, albastrului... alături de tente de bej, gri, brun, bordo, oliv... în funcție de stil, sortiment și, bineînțeles, de preferință.



Dorind să ne susținem afirmațiile, le vom exemplifica prin cîteva schițe - cele mai multe dedicate rochiei, sortimentul care va fi cel mai purtat în '87, din primăvară pînă-n iarnă și de dimineață pînă seară - dar și ansamblurilor cu linii de croială și detalii caracteristice modei acestui an, piese de vestimentație pentru toate vîrstele și toate orele.

- Sînt fericită, voi fi mamă!...

Fericirea, plenitudinea fără egal a stării de maternitate trebuie să se asocieze și cu dorința de a fi frumoase și, de ce nu, „moderne”. E adevărat



JAMBIERE PENTRU ZĂPADĂ

Pentru iernile cu zăpezi mari puteți confecționa la mașina de cusut jambiere din resturi de fiș, divers colorate, cu care veți masca golul dintre pantalon și carîmbul gheței. La ambele capete, jambierele vor avea elastic. Nu sînt de preferat jambierele tricotate deoarece rețin zăpada, în vreme ce de pe materialul de fiș aceasta alunecă.

că soluțiile de croială „premama” nu sînt multe, dar cu un plus de fantezie pot deveni tot atîtea variațiuni pe aceeași temă. Iată, trei asemenea idei: o bluză largă, cu buzunare foarte mari și închidere asimetrică, purtată peste un pantalon cu lărgime reglabilă în talie; o rochie cu platcă, interesantă prin asocierea de material uni cu un imprimeu asortat sau cu o broderie; iar pentru o zi mai specială, o rochie cu lărgimea „ascunsă” în trei cute adînci, realizate dintr-o culoare complementară, bine armonizată, cu guler mai înalt și închiderea pe umăr, cu nasturi mari, decorativi. Cele trei modele pot fi realizate pentru toate anotimpurile, diferențînd materialul, de la stofă sau jerse, pînă la țesături fine, din in sau bumbac, în nuanțele paletei 1987.

Maia FLOREA
Schițe: Irina CRIVĂȚ

Incredibil... dar adevărat!

● Rochia cu cea mai lungă trenă a aparținut împărătesei Ecaterina a II-a a Rusiei care a îmbrăcat-o la ceremonia încoronării sale. Lungimea trenei era de 70 m iar lățimea de 7 m. Ca s-o poată purta a fost nevoie de 50 de pași.

● Pentru elaborarea unei pieptănături, coafezele pariziene din secolul al XVIII-lea aveau nevoie de 1 kg. de pomadă, 1,5 kg. de pudră și peste 12 m. de tul. În loc de fixativ „edificiul” capilar era stropit cu un flacon de apă de flori.

● Unica pereche de pantofi lucrați numai din aur a aparținut lui Edith Rockefeller, soția celebrului miliardar american. Pentru a nu fi pierduți din picioare se încheiau cu niște lăcățele lucrate... tot din aur.

11 CERINȚE PENTRU ARMONIA FAMILIALĂ



În lumea complexă, solicitantă, în care trăim, familia reprezintă o ambianță în care solitudinea și întraajutorarea sînt linii directoare de conduită, obligatorii pentru toți membrii care o alcătuiesc. Distorsiunile relaționale din familia tînără nu trebuie acceptate și, cu atît mai mult, cultivate. Pentru a preveni astfel de situații este necesar ca tinerii soți, ca și părinții lor, să depună toate eforturile, care au ca scop păstrarea nealterată a imaginii fiecăruia dintre ei, în toate împrejurările vieții „în doi”. Prevenirea acestor situații se poate asigura prin respectarea următoarelor cerințe:

1. Hotărîrea de a conviețui îi obligă pe soți, în mod egal, de a stabili în comun toate hotărîrile, ce privesc viața de familie, începînd cu cheltuielile curente efectuate zilnic, cu achiziționarea diferitelor bunuri pentru familie și terminînd cu programul comun al membrilor familiei.

2. Renunțarea la obiceiurile particulare, cu care fiecare dintre soți vine în familie, parțial sau total, dacă așa este mai bine, dacă interesele familiei și dorința celui/lalt partener o cer.

3. Intransigența, lipsa de suplețe, de înțelegere a trebuințelor celui/lalt pot genera conflicte și tensiune de natură să perturbe și să destrame cele mai alese și mai puternice sentimente.

4. Unul dintre factorii care poate aduce serioase prejudicii vieții „în doi” este legat de carențe care țin de onestitate. Puternicul sentiment al dragostei, care stă la baza încheierii căsătoriei, poate fi umbrat, dacă unul sau altul dintre soți nu manifestă în permanență deplină sinceritate față de celălalt, indiferent de domeniul sau de subiectul pus în discuție.

5. Coerența dintre vorbă și faptă, precum și principialitatea sînt aspecte esențiale pentru ca încrederea între soți, atît de importantă în sentimentele lor reciproce, să se consolideze progresiv, în așa măsură

încît fiecare să poată spune despre partener că, indiferent de context și împrejurări, poate conta în totalitate pe el.

6. Puține căsătorii s-ar desface, dacă puternicul sentiment al dragostei împărtășite ar fi dublat întotdeauna de respectul pentru celălalt și pentru sine, pentru cuvîntul dat, pentru angajamentul asumat față de celălalt partener.

7. Sprijinul, material sau moral, primit din partea părinților celor doi parteneri este benefic pentru cele mai multe familii nou-formate. Se poate întîmpla însă ca părinții unuia dintre soți să nu dispună de aceleași disponibilități ca părinții celui/lalt. Acesta, nu este un motiv ca, soțul sau soția să-i reproșeze celui/lalt, să-i impună un statut diferit și să-i prescrie, compensator, un regim de efort recuperator, întrucît la baza căsătoriei a stat egalitatea în drepturi și nu aceea a veniturilor sau a altor bunuri.

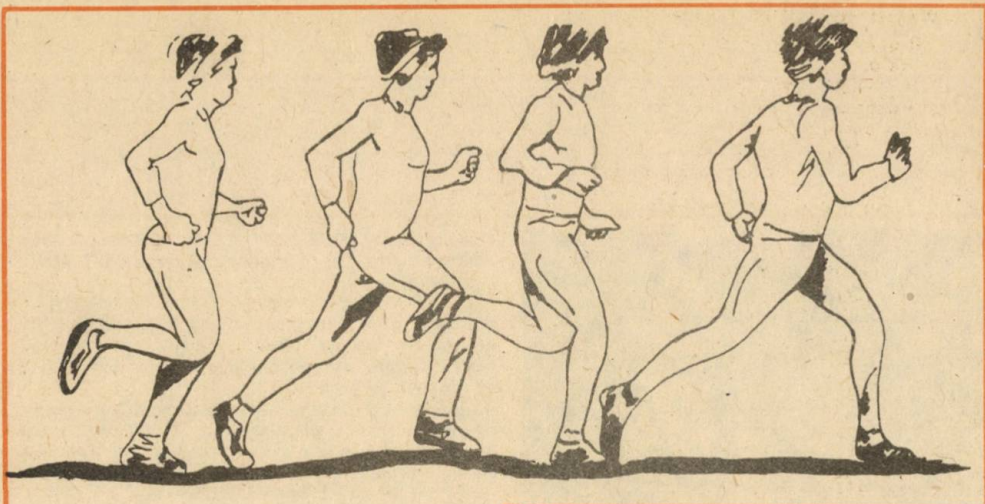
8. Dacă soțul va folosi un ton imperativ față de soție sau față de copii, atunci, cu siguranță, același ton va caracteriza și maniera discuțiilor dintre mamă și copii, ale acestora între ei sau dintre ei și jucăriile lor, cînd copiii sînt încă mici. Dacă, dimpotrivă, atmosfera și relațiile dintre soți sînt relaxate, degajate, condescendente, pline de interes pentru celălalt, de înțelegere a problemelor pe care le are fiecare, fără a pretinde în toate cazurile comportamente ideale, dorite de partener, cu siguranță că acest fel de relații se va imprima și copiilor precum și între aceștia la rîndul lor.

9. Imitația, cale fundamentală a învățării care operează și în lumea oamenilor, indiferent de vîrsta lor, fiind, evident, însoțită și de multe alte mijloace de însușire a experienței umane, funcționează, poate mai mult ca oriunde, la nivelul familiei, al mediului în care conviețuiesc laolaltă, pe durate mari de timp, membrii unei comunități umane de cea mai mare importanță. De aceea, părinții, fie cei ai familiei tinere, fie soți tineri înșiși față de copiii lor, trebuie să se preocupe în permanență de a avea în toate ipostazele existenței lor, astfel de conduite care să nu prejudicieze niciodată propriul lor prestigiu, și nici sănătatea fizică și mintală a celorlalți.

10. Viața „în doi” este un experiment inedit, căruia toți trebuie să-i acorde întreaga lor preocupare. Desigur, pot apare diferențieri în păreri sau neconcordanțe între cei doi. Dar acestea nu trebuie să degenezeze în stări conflictuale, în stări de tensiune și în perturbarea climatului general, al relațiilor dintre cei doi soți. Orice chestiune controversată trebuie discutată la „rece”, cu argumente și cu mici concesii, de-o parte sau de alta.

11. Încercarea unora dintre soți, sau dintre soții de a blama, de a acuză pe celălalt și de a-i pune în față numai greșelile și neîmplinirile, produc deteriorări grave în calitatea afecțiunii pe care soții și-au declarat-o la început, constituind un „act de demisie”.

L.P.



ALERGAȚI, PENTRU SĂNĂTATEA DV.

Consiliul Național pentru Educație Fizică și Sport vă propune un program de antrenament pentru ameliorarea condiției fizice, în beneficiul sănătății:

Săptămîna	Distanța (în km)	Viteza (în minute)	Număr de alergări pe săptămîna
I	2	mers vîoi	2-3
II	2	mers vîoi și alergare	3-4
III	2	ușoară alergare	
IV	2	ușoară 18'-19' alergare	3-4
V	2	ușoară 17'-18' alergare	2-3
VI	2	ușoară 16'30"-17' alergare	2-3
VII	2,5	ușoară 16'30"-17' alergare	3-4
VIII	3	ușoară 21'-22' alergare	3-4
		ușoară 26'-28'	2-3

LENTILELE DE

Necesități estetice, medicale, profesionale și practice determină, uneori, înlocuirea ochelarilor clasici cu lentile de contact, prezente în optica medicală din jurul anului 1950. Confecționate din sticlă sau metacrilat, primele lentile erau dure, provocau la mulți purtători iritații și leziuni corneene și nu permiteau purtarea lor decît 2-4 ore. În 1960, prof. dr. Karel Wichterlo (R.S. Cehoslovacă) a realizat lentile de contact muante și hidrofili, mult superioare celor precedente, prin utilizarea metacrilatului de metal transpex, care, combinat cu soluții uleioase, dă posibilitatea înmuierii lor cînd vin în contact cu lacrimile. Recent, la Salonul internațional de optică oftalmologică de la Paris, au fost prezentate noi tipuri de lentile de contact, care necesită un timp de acomodare de 15 minute și pot fi purtate continuu, chiar și în timpul somnului, toleranța lor fiind atît de bună încît după un timp purtătorul nu le mai simte. În prezent sînt două feluri de lentile de contact muante: **cu absorbție de 40 la sută apă** (folosite la corectarea vederii) și **cu absorbție de 70 la sută apă** (cu rol terapeutic — avînd un suport de medicamente sau pansamente — care se utilizează în spitale, sub supravegherea medicului).

Față de ochelarii clasici, lentilele de contact prezintă avantajul că îmbunătățesc acuitatea vizuală și cîmpul vizual, elimină cazurile de anisometropie (diferență de vedere de la un ochi la altul), de ametropie și astigmatism — mai ales cel mixt — dificile de corectat cu ajutorul ochelarilor și face posibilă vederea binoculară pentru ochiul operat de cataractă monoculară.

Utilizarea lentilelor de contact este indicată în corectarea tuturor viciilor de refracție (în afară de prezbipție), corectarea daltonismului (cu lentile de contact colorate, care prin antagonism ajută la distingerea culorilor roșu, albastru, verde), precum și corectarea și tratarea unor stări patologice oculare. De exemplu, în astigmatisme mixte și neregulate, după operația de cataractă la un singur

Cum dezvățați copilul să-și sugă degetul

Pentru a-l dezobisnui de acest obicei vom lucra două bluze de plajă cu minicile mai lungi și cusute la capăt. În felul acesta, copilul nu-și va mai putea scoate degetul pentru a-l suge în somn. Tot în același scop putem coase sau tricota și un sac de dormit, cu minicile cusute. Vara, acesta va fi confecționat din finet, iar iarna, din molton.

Doriți ca soțul dv. să abandoneze țigara?

1. Renunțați și dv. la fumat.
2. Dacă nu fumați, explicați-i răbdătoare de ce este bine să renunțe la acest obicei.
3. Instituiți regula să nu se fumeze în casă.
4. Acordați-i o recompensă tandră ori de câte ori îl vedeți că „rezistă tentației” și lasă țigara... neaprinșă.
5. Puneți-l în situația de a face educația antitabagică copiilor
6. Dacă insistă cu orice preț să tumeze în apartament, obligați-l să vă ajute la spălat perdelele și pereții de fum. Poate așa îl veți convinge

CONTACT

ochi, în miopie și hipermetropie forte, în heratocon sau lenticon corneean (boli degenerative ale corneei, cu caracter progresiv ce apar frecvent și la tineri, în care lentilele de contact au rol eficient de corecție optică și de oprire a evoluției), în boli degenerative și inflamatorii ale corneei, în albinism — unde pot crea o pupilă artificială, mărind semnificativ și eficient acuitatea vizuală —, în sinblefaromul posttraumatic, precum și în protejarea ochilor în medii poluate cu praf sau cu substanțe iritante corozive.

Lentilele de contact sînt: a) **corneene** — cu o bună toleranță și adaptabilitate suplă (determinînd o bună acuitate vizuală) și cu o aderență mare la corneă, făcînd totuși posibilă umectarea și oxigenarea acesteia; b) **sclerale** — ușor tolerabile, mai degajate la periferie (permițînd pătrunderea lacrimilor care umectează corneea și sclera, precum și acomodarea rapidă și facilă a ochiului, dar trebuie scoase din 4 în 4 ore pentru a permite oxigenarea corneei).

Perioada de acomodare a ochilor cu lentile de contact depinde de sensibilitatea ochilor, ea durînd în medie 10—12 zile, timp în care acestea se poartă o durată anume, mărită progresiv.

Ar fi greșit să se creadă că lentilele de contact sînt indicate în toate afecțiunile oculare, întrucît ele sînt contraindicate în inflamații acute și subacute ale segmentului anterior al ochiului, în boli cronice conjunctivale și corneene, boli care ar putea afecta ochiul prin purtarea acestor lentile, precum și în cazul insuficienței umectării a corneei cu lacrimi. De aceea și în cazul folosirii lentilelor de contact este necesar consultul medicului oftalmolog, care va prescrie și recomanda executarea corectă a repetel după un examen de specialitate. În cazurile de jenă oculară, ulcerări, infecții produse prin purtarea lentilelor de contact, trebuie consultat medicul oftalmolog.

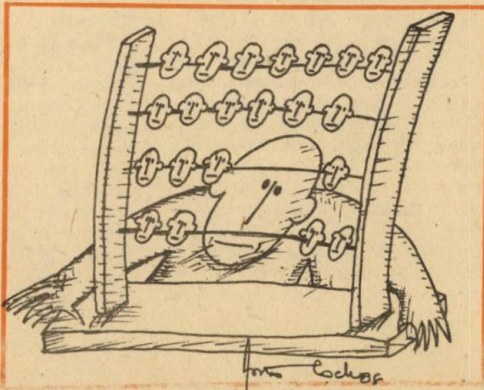
Dr. Aurel ROSIN
Dispensarul policlinic universitar „Titan”

HIPOTIROIDIA,

Hipotiroidia (insuficiența tiroidiană) este o boală frecventă. Se întâlnește la toate vîrstele și la ambele sexe, dar este mult mai frecventă la sexul feminin. Boala poate apare fie prin afectarea directă a glandei tiroide, fie prin lipsa de stimulare a acesteia în urma unor boli ale hipofizei. La început simptomatologia este necaracteristică. O serie de semne pot să o evoce: oboseala la efort, pierderea fineții în mișcări, nendeminare, furnicăături în extremități, crampe musculare, căderea părului care devine uscat, aspru, piele uscată, umflarea pleoapelor, constipația, frigozitate (senzație permanentă de frig), scăderea timbrului voci, scăderea randamentului intelectual, creștere nemotivată în greutate. Ulterior, dacă boala evoluează, apar semne foarte caracteristice. Apare o stare de edematiere (umflare) generalizată, auzul se reduce, bolnavul este somnolent, mișcările îi sînt greoaie, ritmul inimii se reduce (bradicardie), vorbirea este lentă. Toate funcțiile organismului sînt afectate. Inima suferă cel mai des. Ritmul bătăilor inimii este anormal, apar dureri de inimă, sufocare la efort. Complicația cea mai de temut și care apare la bolnavii netratați sau tratați necorespunzător, în special în sezonul rece, este coma mixedematoasă. Este vorba de o stare foarte gravă, cu scăderea temperaturii bolnavului sub 35°C, scăderea tensiunii arteriale, tulburări respiratorii, stare de inconștiență.

O asemenea complicație trebuie prevenită, tratamentul, chiar corect făcut, nefiind întotdeauna eficient. Prevenirea comei înseamnă în primul rînd un tratament corect al stării de hipotiroidie. În fața unor tulburări ca cele descrise mai sus, medicul va stabili diagnosticul și va prescrie o doză corespunzătoare de hormoni tiroidieni. În sezonul rece cantitatea de hormoni tiroidieni va fi mai mare. Bolnavii se vor feri de frig, se vor preveni infecțiile virale. În cazul în care se ajunge totuși la complicația majoră, tratamentul se face numai în spital, sub severă supraveghere medicală și face apel la cortizon în doze mari, hormoni tiroidieni injectabili, antibiotice etc.

Doctor în medicină
Eusebie ZBRANCA



15 MINUTE

PENTRU FRUMUSEȚE

Dacă „tinerețea fără bătrânețe” se mai poate păstra printr-o bogată viață spirituală, tinerețea fără frumusețe nu se poate concepe. Frumusețea pălește odată cu vârsta, fiecare an aducând ici un fir alb, colo un rid, câteva kilograme în plus etc. Și pentru că nici unei fete sau femei tinere nu-i este indiferent cum arată, poate nu atât pentru EL cât mai ales pentru EA, ne vom strădui să vă dezvăluim câteva secrete, care vă vor ajuta să vă mențineți mereu frumoase. Cum aveți timpul foarte drămuț, nu vă vom răpi decât 15 minute cu 15 sfaturi, considerând că fiecare își poate permite zilnic acest răstimp pentru a fi față în față cu oglinda, adică singură cu ea însăși și cu adevărul.

Aveți părul tern, cu firele inespicate și roase?

Nu-i cazul să vă alarmați, mai ales dacă iarna trecută ați stat mai mult cu căciulița pe cap. Spălați-vă săptămânal cu apă caldă și săpun pentru copii, în cazul unui păr normal, sau cu săpun de sulf, în cazul părului gras și limpeziti-vă bine de mai multe ori. Clătiți apoi părul cu o infuzie de mușetel (dacă aveți părul blond) sau frunze de nuc (dacă îl aveți castaniu sau negru). Dacă aveți mătreață, clătiți-vă cu un decoct de urzici (realizat din tulpini și frunze) și adăugați în apă puțin oțet sau zeamă de lămie și o linguriță de sare.

Tenul este uscat, iar pielea se descuamează ca țărina?

Preparați o infuzie de sunătoare, luați câteva comprese sterile, îmbibați-le în infuzie și așezați-le pe față. Aceleași proprietăți au și rădăcinile de nalbă mare, din care se prepară un decoct (3 linguri de plantă la o cană de apă fierbinte, timp de 30 de minute). Se adaugă apoi o linguriță de miere. Vara puteți prepara din aceeași cantitate o infuzie din flori de crin, tot cu miere.

Doriți un demachiant natural?

Nimic mai simplu. Pentru ten uscat recomandăm o loțiune realizată din 200 ml de suc de castraveți proaspeți și 1000 ml de alcool, macerați 48 de ore și apoi filtrată. După demachiere aplicați o cremă hidratantă, iar „demachiantul” preparat îl păstrați într-o sticlă închisă, la frigider.

Mască pentru ten uscat

Se combină o linguriță de miere cu 1/2 pahar de suc de pepene galben, căpșuni sau pier-sici. Se aplică pe față și se ține 15-20 minute.

Aveți pistriui?

Sînteți fermecătoare, deși știți că nu-i agreați. Dacă țineți neapărat să-i înlăturați folosiți următoarea mască preparată din: o lingură de suc de măr, portocală, lămie, strugure sau de piersică amestecat împreună cu o linguriță de Zeamil. Se va păstra pe ten 15-20 de minute.

Acneea

Rămîne eterna poveste și pri-lej de supărare la adolescenți, indiferent că sînt fete sau băieți.

Pentru a înlătura această neplăcută afecțiune, puteți apela cu încredere la orice cabinet cosmetic. După obișnuitul tratament de înlăturare a punctelor negre, aplicați o mască preparată din 2-3 picături de tinctură de propolis, în care amestecați o linguriță de drojdie de bere, la care adăugați câteva picături de ulei și de vitamina E.

Aveți tenul gras, cu porii dilatați?

Primăvara puteți culege flori de podbal, printre primele flori ce apar după ghiocel și toporași. Din o lingură de flori de podbal, pusă în 100 ml apă fiartă, preparați o infuzie cu care vă veți clăti fața aplicînd și comprese timp de 5-10 minute. Porii se vor închide. Iarna veți rade un morcov pe răzătoarea de sticlă. Îl veți combina cu puțină smînțină și veți face aplicații, zilnic, timp de 10 minute.

Sînteți palidă?

Compresele cu infuzie din flori de arnică sînt binevenite. Preparați infuzia din 100 ml de apă fierbinte și o lingură de flori.

Contra negilor

Vă recomandăm comprese cu infuzie de rostopască, în care se adaugă 2-3 picături de tinctură de propolis.

Aveți tenul iritat și înroșit?

Folosiți comprese cu infuzie preparată din flori de coada șoricelului, flori de mușetel sau muguri de pin. Puneți cite o lingură plată la o cană de apă fiartă (în cazul mugurilor de pin se pun cite 2-3 linguri).

Tot pentru calmarea tenurilor cu pete de roșeață puteți folosi, pentru loțiuni, infuzia de flori de nufăr alb, punînd cite 4 flori la 4 pahare de apă.

Contra cearcănelor

Aplicați pe pleoape comprese îmbibate într-un pahar de infuzie din flori de tei în care ați pus o linguriță de miere.

Aveți ochii obosiți?

Aplicați pe pleoape comprese cu infuzie din frunze de viță de vie și o fiolă de lăptișor de matcă. Mai puteți folosi infuzia din petale de trandafir, realizată din o linguriță de petale la 100 ml de apă. În conjunctivite și blefarite se recomandă infuziile din frunze de nuc, de pătlagină și de ferigă mare. Infuzia din flori de nu-mă-uita decongestionează ochii inflamați.

Pungile de sub ochi

Beneficiază de acțiunea favorabilă a infuziei din ceai chinezesc.

Miinile iritate de detergenți

Pielea se poate calma prin aplicații cu suc de roșii, la care se adaugă un vîrf de cuțit de sare și o linguriță de glicerină.

Petele de pe miini

Se scot cu suc de lămie, prin fricțiuni repetate.

Vi se rup unghiile ușor?

Consumați zilnic, pentru remineralizare, cite 1-2 g de pulbere de coada calului, în cure de 20 zile pe lună.

Aveți picioare obosite?

Faceți seara băi calde cu făină de muștar. Cite o lingură la un lighean cu apă caldă.

Maria PREDOȘANU

MECANISMELE REGLĂRII COMPORTAMENTULUI

Reglarea comportamentului uman se realizează la mai multe nivele, pe verticală și în mai multe moduri. Toate aceste instanțe interacționează și se influențează reciproc, astfel încât, pentru ca efectul reglator final să fie optim, este necesară o anumită corelare și sincronizare funcțională a lor.

Se știe astăzi că creierul — mecanismul sau organul unic al integrării tuturor actelor comportamentale, de la cele mai simple pînă la cele mai complexe — este organizat și funcționează după principiul ciberneticii al **comenzii și controlului**. Aceasta înseamnă că, în cadrul lui, există o diferențiere și o delimitare între formațiuni, zone și centre. Ele prelucrează informațiile din mediul extern și intern al organismului (structurile **sintezelor aferente**), îndeplinind rolul de „**bloc de comandă**”, altele elaborează răspunsul — ideomotor, verbomotor, secretor — corespunzător conținutului mesajelor de comandă (structurile sintezelor eferente), îndeplinind rolul de „**bloc de execuție**”, iar altele asigură legătura în sens invers între veriga de execuție și cea de comandă, îndeplinind deci rolul de **feedback**. Ca urmare, comportamentul la nivel macroneuronal global se realizează ca o serie **autoreglabilă** de stări, reacții și acțiuni. Stările și reacțiile cu efect adaptativ optim se fixează, se consolidează și se „depozițiază” în „**blocul memoriei**” pentru uzul ulterior, iar cele inadecvate se diminuează și, în ultimă instanță, se elimină.

Repetarea aceleiași situații evocă cu o tot mai mare promptitudine răspunsul adaptativ eficient elaborat anterior. Apariția unei situații noi determină, mai întîi, un comportament de orientare, care facilitează operațiile de extragere, prelucrare a informației în vederea identificării naturii și semnificației stimulilor. În funcție de aceasta, mecanismele reglatorii vor realiza fie un comportament de asimilare (abordarea sau rezolvarea situației date cu ajutorul unuia dintre procedeele elaborate anterior), fie unul de învățare (elaborarea unui procedeu sau răspuns nou, prin încercări-„eroari” sau prin ipoteze-analize-verificări).

Se dovedește însă că întreaga desfășurare a transformărilor și operațiilor de prelucrare-integrare a informațiilor și de coordonare a comportamentelor de către rețelele și sistemele funcționale ale creierului este **direct și esențial** influențată de dinamica biochimismului intern pe care creierul singur și-l elaborează.

Se știe, un fapt stabilit încă de neurofiziologia clasică, că transmiterea influxului nervos de la un neuron la altul, la nivelul sinapselor, reclamă existența unor mediatori chimici, fiind identificați și descriși mai demult, doi dintre ei fiind **acetilcolina** — neurotransmițător care asigură „transpor-

tu” informației la nivelul sinapselor, de la neuronul emitent la cel receptor — și **colinesteraza** — enzimă care descompune moleculele de acetilcolină, pregătind astfel sinapsa pentru transmiterea unui nou mesaj.

Intensificarea în această a doua jumătate a secolului nostru a cercetărilor în domeniul biochimiei cerebrale a dus însă la descoperiri și ipoteze mult mai spectaculoase. S-a demonstrat că creierul nu este numai o „uzină informațională”, ci și o „uzină chimică” extrem de complexă, în cadrul lui existînd structuri „specializate” în producerea și secretaarea unei game întinse de substanțe mediatore și neurotransmițătoare, față de care structurile integrative specifice manifestă o receptivitate diferențiat-selectivă. Se crează astfel **sisteme ale reglării chimice** a comportamentului, atît în plan dinamic-cantitativ, cît și sub aspect calitativ, de conținut. Perturbarea raporturilor cantitative și funcționale dintre diverșii neurotransmițători se repercutează negativ asupra structurii și desfășurării activității psihice, a comportamentului. Se tînde ca unele boli psihice (schizofrenia, psihozele maniaco-depresive) să fie explicate prin invocarea unor deficite și perturbații în sistemele neurotransmițătorilor.

În sfera psihologiei normale se stabilesc, de asemenea, diverse legături de condiționare între particularitățile schemelor funcționale ale sistemelor de neurotransmițători și tipul de personalitate (introvert-extravert, închis-deschis, activ-pasiv, dependent-independent etc.).

În legătură cu aceasta trebuie spus din capul locului că generalizările sînt în multe cazuri pripite, ele neavînd încă acoperirea faptică necesară. Pe de altă parte, înseși faptele existențiale sînt contradictorii, pentru unul și același neurotransmițător diverși autori indicînd efecte diferite în planul reglării comportamentului.

Rolul reglator al neurotransmițătorilor îl vom ilustra prin două dintre sistemele cele mai temeinic studiate și asupra cărora opiniile marilor majorități a specialiștilor sînt convergente — **sistemul norepinefrină-serotonină (NE și 5-HT)** și **sistemul dopamino-colinergic (DA)**.

Primul sistem — NE și 5-HT — participă la realizarea așa-numitei stări **arousal**, care, în plan comportamental, se concretizează în reacția de **orientare-investigare** în raport cu stimulii (împotul) noi. Prin urmare, acest sistem, care-și are originea în nucleii trunchiului cerebral și dă proiecții în zone întinse ale scoarței cerebrale, intră în funcțiune nu la acțiunea unui stimul de o modalitate anume (vizual, auditiv, olfactiv etc.), ci la orice stimul care prezintă o oarecare **noutate**.

Repetarea sau perpetuarea în timp a stimulului duce la diminuarea reacției de orientare și la instalarea stării de **obișnuire**. Când acțiunea sistemului NE—5-HT se impune ca dominantă, neproducându-se starea de obișnuire și focalizarea atenției voluntare asupra situației date, comportamentul individului va fi dereglat, caracterizându-se printr-o puternică împrăștiere și permanentizare a reacției necondiționate (primare) de orientare. Devin astfel greu realizabile învățarea sistematică a noilor cunoștințe și noii experiențe, precum și finalizarea acțiunilor voluntare multisecvențiale.

Cel de al doilea sistem (dopamino-colinergic) este implicat direct în menținerea stării de **activare**, având originea tot în trunchiul cerebral, în substanța neagră, stimulând structurile neuronale legate de programarea și efectuarea acțiunilor pentru atingerea scopurilor.

Diminuarea sau blocarea funcționării acestui sistem duce la dereglarea schemelor motorii, apărând fie fenomenul de pasivitate acțională (veriga de execuție rămânând neactivată), fie lentoarea excesivă și stereotipia (repetarea la infinit a uneia și aceleiași mișcări sau acțiuni). Exacerbarea influențelor sistemului dopamino-colinergic va determina, dimpotrivă, descărcări necontrolate la nivelul verigii de execuție, concretizate în mișcări inutile, fără finalitate (agitație motorie, ticuri, parkinsonism).

Efectul DA trebuie considerat în conexiune cu al altor neurotransmițători, cum sînt acetilcolina și GABA (Groves, 1983). Se dovedește, de asemenea, că traseele DA proiectează în arii mai specifice (ca întindere mai reduse) decît cele ale NE.

Între cele două sisteme menționate (NE și 5-HT, precum și DA) se stabilește o interacțiune bazată pe feedback negativ: accentuarea transmisiei NE inhibă răspunsurile motorii; accentuarea transmisiei DA amplifică activitatea motorie și diminuează ritmul și „adîncimea” procesării (prelucrării) informației externe.

Atît funcția noradrenergică, cît și cea dopaminergică sînt modulate de căile serotoninice din trunchiul cerebral.

Rolul reglator al sistemelor de neurotransmițători trebuie văzut și prin prisma specializării interemisferice. Proiecțiile acestor sisteme la nivelul celor două emisfere cerebrale au un caracter diferențiat și localizat: de pildă, sistemul dopaminergic proiectează cu precădere în emisferul stîng (de aici, implicarea lui mai directă în apariția schizofreniei), iar cel noradrenergic (NE) proiectează preponderent în emisferul drept, de unde și im-

plicarea lui mai puternică în apariția „bolilor afective” (D.M. Tucker și P.A. Williamson, 1984).

O importanță aparte o prezintă grupa mediatorilor și a transmițătorilor care participă la reglarea funcțiilor endocrine și metabólico-vegetative. Astfel, la nivelul structurilor diencefalice și telencefalice (bazale) au fost identificați așa-numiții agenți neurochimici „eliberatori” (sau stimulatori) și inhibitori ai funcțiilor hipofizare, tiroidiene, corticosuprarenale, mamare, genitale. În grupa celor dintîi intră ACTH (hormonul adrenocorticotrop), care intensifică activitatea sistemului adrenalinic, TRF (hormonul tirotropic), care susține funcția tiroidiană, GRF (hormonul de creștere), care stimulează activitatea epifizei și timusului, FRF (hormonul de stimulare a foliculinei), PRF (factorul de stimulare a prolactinei). În grupa factorilor inhibitori intră, printre alții, GHIF (factorul inhibitor al creșterii), care limitează și stăvilește activitatea glandelor implicate în procesul de creștere fizică (timusul, epifiza), PIF (factorul inhibitor al prolactinei), LHIF (factorul de inhibare a hormonului luteinic), care are un efect depresor asupra funcției ovulației.

Se consideră că de-a lungul axei hipotalamo-pituitaro-tiroidiene se instituie un mecanism feedback care asigură menținerea „echilibrului hormonal”, endocrin. Modificarea raporturilor normale dintre factorii stimulatori (releasing factors) și cei inhibitori, cu efecte negative asupra sistemului psihocomportamental, se poate produce nu numai ca urmare a prezenței unor leziuni și focare organice ale formațiunilor neuronale și glandulare, ci și sub acțiunea îndelungată a agenților psihostresanți.

Cît privește echilibrul hormonal însuși, acesta are un caracter **dinamic**, configurația și nivelul componentelor sale varînd în funcție de vîrstă (unele verigi endocrine se activează la o anumită vîrstă) și de ciclurile biofizilogice ale organismului — circadiene (veghe-somn), lunare, sezoniere, etc. — de semnificația și în cărcătura afectogenă a situațiilor de viață ale individului. Aceste variații, cît timp se mențin în limitele admise (ale așa-numitei „zone de siguranță”) influențează numai caracteristicile dinamice și eventual ciclicitatea diferitelor „modusuri” sau paterne comportamentale, care-și păstrează totuși nealterate specificitatea și eficiența adaptativă. Cînd însă modificările în hipo sau în hiper ale unor componente ale mecanismelor care asigură echilibrul hormonal (endocrin) ies din aceste limite, sistemul psihocomportamental va fi afectat structural, el pierzîndu-și specificitatea adaptativă inițială.

Din succinta analiză pe care am făcut-o mai sus se pot desprinde următoarele concluzii: a) în mecanismele generale ale reglării comportamentului uman se include, ca o verigă obligatorie, necesară, sistemului mediatorilor chimici și neurotransmițătorilor; b) influența reglatoare a acestui sistem se exercită în mod direct asupra laturii dinamice a comportamentului, efectul asupra laturii calitative, de conținut, avînd un caracter indirect, derivat.

Doctor în psihologie
Mihai GOLU



BOGDAN URSULESCU

ANXIETATEA NORMALĂ ȘI PATOLOGICĂ

Fie că se manifestă în mod izolat ca simptom predominant, fie că apare însoțită de alte tulburări emoționale, anxietatea este o trăsătură-cheie a majorității bolilor psihice, iar identificarea ei constituie un demers diagnostic familiar clinicienilor.

În limbajul curent, termenul de **anxietate** este rareori folosit, el fiind înlocuit cu **neliniște, nervozitate, teamă, tensiune psihică, emoție**, și conotînd cu predicție **dimensiunea psihică subiectivă**, aceea de trăire emoțională penibilă, dificil de descris, constituită din asocierea unor tulburări afective intelectuale și de activitate difuze și perturbatoare. La acest nivel, anxietatea capătă forma așteptării dureroase și nelămurite a unui pericol virtual, însoțită de sentimente de insecuritate și incertitudine.

În limbajul psihiatric termenul de anxietate este mai puțin sincretic, el desemnînd atît trăirea subiectivă neplăcută, cît și fenomenele neurovegetative simptomatice ca: tremorul, tahicardia, dispneea, paloarea, transpirația, senzația de amețeală sau cefaleea, senzația de leșin sau de pierdere a controlului etc. Tulburările menționate, a căror „localizare” este corpul uman (și nu universul său psihic), reprezintă **dimensiunea somatică** a anxietății, expresia neurovegetativă a unității dintre psihic și corp, în situații normale și patologice.

Alături de anxietatea psihică și cea somatică, psihiatria actuală a delimitat și descris și o a treia dimensiune a tulburărilor anxioase: **dimensiunea comportamentală**.

Într-adevăr, observația clinică, dar și cea comună, pot constata faptul că persoanele care au trăit o criză acută de anxietate, în aglomerație, în lift sau în metrou, în timp ce traversau o stradă sau în timp ce vorbeau în public, își modifică evident comportamentul, evitînd în mod sistematic locurile sau situațiile în care le-a fost frică. Astfel de persoane dezvoltă nu numai conduite de evitare și tulburări ample dacă sînt obligate să se confrunte cu situația anxioasă, dar și anxietate anticipatorie (teamă ca nu cumva, în situații similare, să se repete criza de panică).

Cele trei aspecte ale anxietății ca boală psihică nu se manifestă în mod egal și paralel la toate persoanele; unii pacienți prezintă în mod cronic o stare de neliniște și teamă difuză, fără să fie conștienți de modificările de ritm cardiac, respirație etc. Alții prezintă tulburări anxioase mai ales sub forma **crizelor acute**, survenite „din senin”, în timpul cărora tulburările neurovegetative multiple se intensifică în cîteva minute, generînd stări lipotimice și senzația înspăimîntătoare de moarte iminentă. O altă categorie de persoane poate prezenta an-

xietatea ca **trăsătură caracteristică de personalitate** și, deși descrise de anturaj ca permanent „tensionate, nervoase, prăpăstioase”, ele dezvoltă un grad crescut de toleranță la acest fenomen și își desfășoară viața și activitatea fără perturbări severe induse de anxietate.

Ca **trăire emoțională universal umană** anxietatea se caracterizează prin teama anticipatorie de un viitor eveniment neplăcut sau traumatizant, de un pericol imaginar sau de o virtuală amenințare. Spre deosebire de anxietate, frica normală este o reacție comprehensibilă față de un pericol prezent real pentru viața sau sănătatea persoanei, intensitatea și durata ei fiind proporționale cu pericolozitatea obiectivă a situației, cu gradul de apropiere în timp și spațiu dintre persoană și sursa pericolului, cu experiența anterioară confirmată a consecințelor dăunătoare ce ar putea rezulta.

În funcție de natura consecințelor pe care persoana anxioasă le anticipează negativ, anxietatea subiectivă poate lua **forme diferite**. Astfel, teama anticipatorie de pierdere a unei persoane iubite ia forma anxietății de separare intensificată dramatic în situații de despărțire, de boală somatică incurabilă, accident etc.

Enervarea, furia, impulsurile agresive și teama că ele vor duce la pierderea controlului și la manifestarea unor conduite agresive iraționale și reprobabile generează o formă particulară de anxietate („furtuna emoțională” caracteristică acestor stări nefiind de cele mai multe ori identificată ca anxietate).

O formă de anxietate, pe care nimeni nu poate susține că nu a trăit-o vreodată în viață (cel puțin în copilărie), este sentimentul vag și irațional de a fi comis un act care nu e pe placul celor apropiați și neliniștea că acesta va fi descoperit și va atrage după sine dezaprobarea, blamul, critica, pierderea afecțiunii.

Ca **simptom**, anxietatea poate fi o reacție emoțională „normală” în măsura în care este determinată de circumstanțe situaționale adecvate, respectiv de prezența obiectivă a unui pericol, amenințări, frustrări etc. **Caracterul de anormalitate apare atunci cînd intensitatea ei este inadecvată, disproporționată în raport cu pericolul real, cînd se manifestă în situații total inadecvate** (care în genere nu produc teamă) sau cînd aspectele calitative ale trăirii subiective sînt atipice.

Pentru stabilirea liniei de demarcație între anxietatea normală și anxietatea patologică este nevoie de evaluarea obiectivă nu numai a severității tulburărilor, ci și a contextului în care apar, a caracterului lor acut sau cronic, a factorilor care determină variații de intensitate, a gradului de toleranță al individului față de tulburările emoționale.

ANXIETATEA ȘI BOLILE SOMATICE

Asocierea stărilor de anxietate și frică cu bolile somatice este un fapt clinic cunoscut. Pe de o parte, aproximativ 2 la sută din pacienții psihiatrici, în ambulator sau spitalizați, suferă simultan de o afecțiune somatică ce este însoțită de simptome anxioase. Pe de altă parte, la debutul multora dintre afecțiunile psihosomatice (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică etc.) primele semne și acuze ale bolnavului au forma unor simptome anxioase.

Cea mai frapantă asociere dintre simptome anxioase și simptome somatice apare în bolile cardiovasculare și respiratorii, care determină în mod comprehensibil stări de frică, neliniște și așteptare anxioasă. Frica, asociată cu conștiința unei boli severe, este deseori exacerbată de conștientizarea disfuncțiilor cardiace (tahicardie, extrasistole, disritmii), de apariția durerilor precordiale, de dificultățile în respirație sau senzațiile de epuizare fizică. Aceste fapte clinice justifică asocierea terapeutică a medicației specifice cu sedativele ușoare, recomandate în clinica psihiatrică pacienților cu tulburări anxioase primare (nelegată de o afecțiune somatică sau de altă boală psihică).

Numeroase boli endocrine sau simple disfuncții ale acestui sistem (hipertiroidismul, hipoglicemia, simptomele de menapauză, sindromul premenstrual) prezintă profile simptomatice similare cu cele ale tulburărilor anxioase, simptome generate de starea hipermetabolică caracteristică acestor condiții, de creșterea activității autonome adrenergice. Diferența caracteristică dintre stările anxioase de etiologie endocrină și cele de etiologie psihică este prezentă în prim-planul simptomatologiei, a anxietății somatice la pacienții endocrini, care, de multe ori, nu acuză simptome de anxietate psihică, subiectivă.

ANXIETATEA ȘI MEDICAMENTELE

Mai puțin cunoscut, și adesea ignorat, este faptul că **administrarea prelungită a unor substanțe medicamentoase sau toxice**, precum și **întreruperea bruscă a administrării lor** (sevrăj) sînt susceptibile de a genera tulburări anxioase de intensitate clinică. Din prima categorie fac parte steroizii, substanțele cu efect anticolinergic, halucinogenele și chiar banala aspirină, la care se adaugă tutunul și cafeaua. Toate acestea pot produce tulburări anxioase de intensitate subclinică, tranzitorii, la persoane normale, dar pot agrava simptomatologia anxioasă la persoane care au avut deja astfel de tulburări. Din a doua categorie, a substanțelor ce determină tulburări anxioase ca fenomene de sevrăj, fac parte alcoolul și medicamentele sedativ-hipnotice.

În ambele situații se constată nu numai o intensificare a stării de neliniște, disconfort psihic și fenomene neurovegetative, ci și o hiperreactivitate la situații stresante minore, care, în alte condiții, ar fi fost cu ușurință depășite de persoanele respective.

PROGRESE MEDICO-PSIHOLOGICE ÎN TRATAMENTUL ANXIETĂȚII

În condițiile diversității formelor de manifestare (acute și cronice), ale predominanței în tabloul clinic a fenomenelor subiective, psihice sau somatice-neurovegetative și ale diferențelor de răspuns terapeutic ale variatelor forme de anxietate patologică, tratamentul simptomatologic actual a înregistrat două descoperiri semnificative: terapia comportamentală a tulburărilor fobice și posibilitatea combaterii crizelor de panică prin medicație anti-depresivă.

O categorie de pacienți anxioși „incurabili”, în condițiile tratamentului exclusiv medicamentos, o reprezintă persoanele cu fobii simple (teamă de animale, de microbi, de obiecte ascuțite) sau cei cu agorafobie (fobia spațiilor deschise), teama de spații aglomerate, de spații închise, de înălțimi etc. La aceste persoane se obțin succese terapeutice remarcabile (concretizate prin absența simptomelor anxioase în situația fobică de renunțare la conduitele de evitare) prin **terapie de expunere in vivo**. Terapia comportamentală care utilizează această tehnică se bazează pe observația că, prin expunerea repetată la stimulii care generează frică, pacienții ajung în mod gradat să le tolereze și are loc o „dezvățare” a fricii. Deși, din punct de vedere teoretic, nu se știe încă de ce expunerea la anumiți stimuli produce uneori frică iar alteori duce la dispariția fricii, din punct de vedere practic terapiile comportamentale s-au dovedit tratamente de elecție pentru majoritatea fobiilor și anxietăților legate de anumite situații-stimul.

Pînă nu de mult tulburările anxioase beneficiau exclusiv de medicație sedativă, efectele tranchilizante ale Diazepamului, Oxazepamului sau Rudotelului intrînd în „cultura generală” a populației, iar utilizarea lor fără prescripție medicală fiind îngrijorător de frecventă. Satisfăcătoare în tulburările anxioase generalizate (în anxietatea psihică difuză, cronică, de intensitate moderată), benzodiazepinele rămîn însă ineficiente în anxietăți acute, în prevenția crizelor spontane de panică, însoțite de tulburări neurovegetative dramatice. Studii clinice au demonstrat în ultimii ani eficiența surprinzătoare a Imipraminei (și a altor medicamente antidepressive) în reducerea frecvenței și severității crizelor de panică la pacienți fără tulburări clinice de natură depresivă. A devenit astfel posibilă ameliorarea semnificativă a suferinței psihice a unui mare număr de pacienți, pentru care tratamentele cunoscute se dovediseră ineficiente.

Doctor în psihologie
Aurelia IONESCU



MEMBRANA CELULARĂ

Celula organismului nostru este o unitate structurală, funcțională și genetică purtătoare a vieții, având metabolismul ei. Mai multe celule la un loc, cu aceleași proprietăți funcționale, formează țesuturile, care, la rândul lor, formează organismul nostru.

Datorită aportului mijloacelor moderne, ca razele X, izotopii radioactivi, microscopul electronic, laserul și altele, s-au putut lămurii, în cea mai mare măsură, constituția și rolul celulei are fiecare dintre componentele celulei. Dintre aceste componente un rol foarte important îl are membrana celulară. Ea înconjoară perimetrul acesteia, înlesnind, prin activitatea ei, viața celulei. Membrana celulară, al cărei aspect este asemănător cu al unui mozaic, este un complex format din două straturi lipidice bimoleculare cu o grosime de 60-100 Å, străbătute de agregate proteice cu masă moleculară de 200 000, având constituția chimică de bipolimer cu o anumită structură spațială. Ea conține și apă, ce-i dă proprietăți de coloid.

Cantitatea de proteine este de 25% în unele celule și poate merge până la 75% în altele. Proteinele leagă, prin grupările hidrofile apa și prin cele hidrofobe lipidele, fapt ce-i dă consistență. Membrana celulară este străbătută de canale și pori. Canalele sînt permanent deschise, pe cînd porii se deschid numai în prezența unui impuls ionic sau de acetylcholină. Ele sînt selective și joacă un rol de filtru. După trecerea impulsului porul se închide. Sînt substanțe chimice care blochează deschiderea porilor și împiedică filtrarea substanțelor ce intră în celulă.

Această structură s-a elaborat după anul 1970 și a fost acceptată în mod unanim de specialiști, întrucît explică funcțiile de transport în celulă în cele două sensuri, adică din exterior către interior și invers.

Prin canalele membranei celulare, ce sînt mereu deschise, cît și prin porii ei, ce se deschid numai la anumite impulsuri, după care se închid, străbat substanțele și ionii ce-i sînt necesare, în mod selectiv. Datorită acestui mecanism membrana celulară este semipermeabilă. Ea are și o proprietate biologică, avînd dispuși pe fața ei externă ioni de sodiu (Na^+) și de calciu (Ca^{++}) iar pe fața internă ioni de potasiu (K^+) și de clor (Cl^-). În plus, din punct de vedere electric, membrana celulară are sarcini pozitive pe fața exterioară și negative pe fața interioară.

Membrana celulei separă două medii, unul interior și altul exterior celulei, ce au concentrații și compoziții diferite. Schimbul între ele se face prin această membrană fiind un transfer de substanțe și ioni. Celula ia din afară substanțe necesare vieții ei și elimină ceea ce nu-i mai este folositor. Această acțiune celulară reprezintă însăși **viața**.

Trecerea prin membrană vizează mai multe aspecte ale schimbului de substanțe. Substanțele dintr-o parte și alta a membranei au concentrații diferite și se pot considera soluții apoase cu proprietăți fizico-chimice de soluții. Fiind soluții

apoase de concentrații diferite, separate de o membrană semipermeabilă, între ele se face o difuzie. Macromoleculele de o concentrație mai mare trec prin membrană în soluția cu o concentrație mai mică, tinzînd la omogenizarea soluțiilor. Omogenizarea nu se ajunge să se facă datorită metabolismului celular. Această activitate este permanentă, se numește osmoză și are o importanță fiziologică la nivelul organismului în circulația sîngelui, în ultrafiltrarea prin rinichi etc. Acest tip de transport se numește transport pasiv și se aplică și la substanțele liposolubile, ca alcoolii, acizi grași, unele medicamente etc.

Printr-un canal sau por pot trece ioni de clor, potasiu, natriu, în număr de 10^7 în timp de o milisecundă. Un canal are dimensiunea de 4 Å, iar un por 4/6 Å.

Alt tip de difuziune este difuzia facilitată și se produce atunci cînd intervin substanțe insolubile. În acest caz substanța insolubilă se leagă prin intermediul unei enzime din membrană de o substanță din aceasta, o face solubilă, o traversează pentru a ajunge în celălalt mediu, iar la ieșire se desface de substanța ce a condus-o. Transferul în celulă se face cu ajutorul unei enzime ce leagă substanța din celulă cu cea care traversează membrana în celălalt mediu. Fără intermediul enzimeilor acest fenomen nu s-ar putea face.

Membrana celulară polarizează sarcinile electrice de o parte și de alta a suprafeței ei, avînd pe suprafața externă ioni de sodiu și electricitate pozitivă, iar pe suprafața internă ioni de potasiu și electricitate negativă. Membrana celulară, avînd acest tip de încărcătură este un adevărat condensator electrolic. Rezistența electrică a membranei este de 1 000 Ohmi, iar datorită încărcăturii electrice se crează între fețele ei o diferență de potențial de 60-120 milivolți, poate și mai mult, numit potențial de membrană. Acest aspect al membranei generează și întreține fenomenele ei electrice, ca și ale întregului organism.

Permiabilitatea diferențială a membranei pentru ionii celor două medii biologice realizează o distribuție neuniformă a sarcinilor electrice, formînd potențialul de repaus, care este lipsit și de stimulii externi. Acest potențial de repaus nu poate anula concentrațiile electrochimice, deoarece ele se refac în continuu prin consum de energie, rezultat din metabolismul celulei. Alternanța acestor fenomene de potențial de repaus și refacerea lor este extrem de frecventă, creînd o tensiune electrică, numită convențional în biologie potențial de acțiune, care a fost calculat de fizicianul Nernst, laureat al Premiului Nobel. Prin potențialul de acțiune se propagă în organism și conductibilitatea impulsurilor nervoase.

Prin analize s-a constatat că în mediul extern membranei este o concentrație mare de ioni de sodiu și de clor, iar în lichidul celular sînt ioni de potasiu și de alte substanțe.

Din cercetările făcute s-a văzut că ionii de sodiu și de clor au tendința de a emigra în interiorul celulei, iar cei de potasiu în exteriorul ei. Ionul de potasiu este reținut în cea mai mare parte în interiorul celulei datorită concentrației mari de sarcini electrice negative din ea. Ionii de clor sînt negativi și, datorită marilor cantități de sarcini electrice ne-

Farm. Napoleon ALBU

(continuare în pag. 101)

REGIMUL DIETETIC

ÎN OBEZITATE

Obezitatea reprezintă o boală metabolică caracterizată prin acumularea grăsimii în organism. La producerea acesteia participă doi factori: unul **exogen alimentar** (abuzul alimentar) și altul **endogen genetic** (predispoziție constituțională). La aceștia se adaugă și **sedentarismul**. În afară de excesul ponderal de diverse grade, în cursul obezității apar frecvent complicații: respiratorii, cardiovascular, articulare, metabolice (ateroscleroză, diabet zaharat), digestive (litiază biliară, colecistite, colite). Toate acestea impun aplicarea de urgență a unui tratament susținut. Obezitatea poate fi tratată în special printr-un regim hipocaloric, adică prin scăderea aportului alimentar. La acesta se mai pot adăuga medicamente anorexigene (care scad pofta de mâncare), medicamente care stimulează catabolismul și combaterea sedentarismului.

În condiții obișnuite de activitate regimul va fi de 1 200—1 300 cal/zi, iar în condiții de spital se poate avea în vedere un regim de 400 cal/zi. Proteinele vor fi administrate în proporție de 1—1,5 g/zi/kg corp greutate ideală, deoarece ele au rol plastic. Lipidele vor fi reduse la 25—40 g/zi pentru că furnizează un aport caloric crescut. Regimul va fi sărac în glucide. În general un regim hipocaloric cu proteine suficiente, bogat în legume verzi și fructe acoperă nevoile de vitamine hidrosolubile și de minerale. În perioadele în care se aplică „postul absolut” sau un regim restrictiv se pune problema suplimentării rației de vitamine.

Într-un regim hipocaloric sînt permise următoarele alimente: laptele smîntînit, lăutul degresat, brînză de vaci dietetică, carnea slabă (de vacă, miel, pasăre, pul), peștele slab de rîu (șalău, știucă, lin), ouăle fierte tari, albușul de ou. Dintre legume (ciuperci, roși, ridichi, andive, salată verde, ardei grași, castraveți, conopidă, spanac, lobodă, dovlecel, varză albă, fasole verde), preparate ca salate, fierte înăbușit sau ca soteuri. În ceea ce privește fructele sînt admise mere crețesti, lămîi, grefruturi, portocale, mandarine, pepene verde, coacăze, fragi, vișine, cireș timpurii (crude, sub formă de salate de fructe, coapte sau sub formă de compoturi cu zaharină). Ca grăsimi sînt permise uleiurile vegetale, margarina, untul (în cantitate redusă), iar ca băuturi: sucurile de legume și fructe, laptele ecremat. Sarea în medie 5 g/zi.

Sînt interzise următoarele alimente: cașcavalul, toate brînzeturile grase și sărate, laptele integral, brînză de vaci grasă, cîrnurile grase, peștele gras, conservele de carne și pește, afumăturile, ouăle prăjite, pîinea și pasteale făinoase în cantitate mare, leguminoase uscate (fasole, mazăre, linte,



bob), cartofii în cantitate mare, unele fructe (stafide, smochine, curmale, banane, struguri, prune), fructele oleaginoase (alune, nuci), grăsimile, frișca, smîntîna, slămina, untura, sosurile cu rîntaș și cele cu grăsimi multă, maioneza, supele și ciorbele grase, cele cu făinoase, dulciurile concentrate, cremele, aluaturile cu grăsimi, băuturile îndulcite, siropurile, alcoolul, cafeaua, ceaiul rusec, sarea peste cantitatea medie de 5 g/zi, condimentele (oțetul, lămîile).

Se vor lua 5—6 mese pe zi, asigurîndu-se astfel o metabolizare mai bună. În caz de constipație se recomandă adăugarea la salată a 1—2 linguri de ulei de parafină. Este bine să nu se consume nimic între mesele principale, să nu se abuzeze de sare și să nu se consume alcool. Pentru o cură de slăbire mai severă se poate folosi un regim de 400 de calorii, care constă din: lapte 250 ml, brînză de vaci 90 g, carne 100 g, fructe 100 g și legume 300 g. Acestea asigură în total: proteine 45 g, glucide 10 g, lipide 35 g și 401 cal.

În condiții de spitalizare se poate folosi și „postul absolut”, cînd bolnavul aflat în repaus la pat primește o cantitate de 1 000—1 500 ml ceai îndulcit cu zaharină, cu suplimentarea vitaminelor pe cale parenterală. Această cură trebuie să se facă numai la indicația strictă a medicului și sub directă supraveghere a acestuia, limitîndu-se în timp.

ÎN LITIAZĂ BILIARĂ

Litiază biliară se caracterizează prin existența calculilor în vezicula biliară sau în căile biliare. Prezența acestora poate fi perfect tolerată de bolnav. Uneori pot apărea crize dureroase, cînd acești calculi se mobilizează de-a lungul căilor biliare. Crizele dureroase se însoțesc de greață, vărsături alimentare bilioase și febră. În acest caz se

indică rezolvarea lor pe cale chirurgicală. Această afecțiune se întâlnește în special la obezii cu abuzuri alimentare în antecedente. În litiaza biliară manifestată prin colici biliare se administrează pentru perioada dureroasă o alimentație lichidă și semilichidă (limonade, ceaiuri îndulcite, sucuri de fructe diluate, supe limpezi de legume). În cazul calculilor de origine colesterolică se indică reducerea alimentelor bogate în colesterol (creier, rinichi, ficat, ouă, carne de porc, unt, brânzeturi grase, icre, slănină).

Suferinții de căi biliare trebuie să aibă un aport caloric în alimentație corespunzător stării lor de nutriție și anume: hipocaloric la cei supraponderali și normocaloric la cei subponderali. Aportul de proteine este, în general, crescut sau normal, la fel ca cel de glucide, iar cantitatea de lipide va fi în general scăzută.

Așa numitul „regim de cruțare colecistică” va consta din: carne slabă (de pasăre sau vită), pește slab, proaspăt (fierț), piine albă (veche de o zi), albuș de ou sau oul întreg preparat dietetic, grăsimi în cantitate redusă (în preparate fierț sau adăugate la sfârșitul preparării termice), legume cu celuloză fină, fructe pîrguite (cu conținut celulozic redus), condimente aromatate (tarhon, leuștean, mărar, pătrunjel, dafin, cimbru), supe-creme de legume și supe slabe de carne, sosuri dietetice. Alimentele interzise sînt: carnea de porc, oaie, gîscă și rață, mezelurile și afumăturile, vinatul, peștele gras, conservele de carne și de pește nedietetice, brînzeturile grase fermentate sau „frămîntate”, ouăle fierț tari sau prăjite, gîlbenușul de ou în cantitate mare, grăsimile prăjite de orice fel, piinea neagră și în general piinea foarte proaspătă, excesul de făinoase, legumele cu celuloză dură, cele crude și cele uscate, fructele crude cu celuloză dură, deserturile preparate cu multă grăsimi, nucile, alunele, ciocolata, condimentele iuți și iritante, supele și ciorbele grase de carne, sosurile nedietetice cu rîntaș.

ÎN DISCHINEZII BILIARE HIPERTONE

Se caracterizează printr-o accentuare a funcțiilor motorii ale musculaturii veziculei biliare, spasme la nivelul acesteia. Apar dureri brusc după masă în regiunea colecistului, vărsături bilioase și tulburări de tranzit. În acest caz se va administra regimul de cruțare al colecistului, în care sînt permise: carnea slabă proaspătă, peștele slab, ouăle proaspete preparate dietetic (fierț moi, omletă dietetică, „ochiuri românești”), piinea albă veche de o zi, paste făinoase rafinate, brînză de vaci, grăsimile foarte proaspete în cantitate redusă, legumele cu celuloză fină (fierț, pireuri, soțuri, sufleurii, budinci, salate), fructele (sub formă de pireuri, compoturi, sucuri), condimentele aromatate, supele creme de legume. Se interzic însă: carnea de porc, oaie, gîscă și rață, mezelurile, afumăturile, vinatul, peștele gras, conservele de carne și de pește nedietetice, brînzeturile

grase fermentate, ouăle fierț tari, grăsimile prăjite, piinea neagră foarte proaspătă, legumele crude cu celuloză dură, leguminoasele uscate, fructele oleaginoase, deserturile preparate cu multă grăsimi, cu nuci, alune, ciocolată sau cacao, condimentele iuți și iritante, supele și ciorbele grase de carne, borșurile drese cu smîntînă.

ÎN DISCHINEZII BILIARE HIPOTONE

Se caracterizează prin pierderea sau scăderea funcției motorii a diferitelor părți ale căilor biliare. Vezicula biliară crește în volum, bolnavul simte o jenă în hipocondrul drept. Dischinezia biliară hipotonă apare frecvent la bolnavii denutriți. Alimentația va trebui să asigure stimularea veziculei biliare, a musculaturii. Pentru aceasta se vor administra alimente colagoge: unt, ulei de măsline, gîlbenuș de ou, smîntînă, margarină.

Se vor evita alimentele prăjite în grăsimi, sosurile nedietetice, conservele de carne și de pește, mezelurile din carne grasă, fripturile prăjite, brînzeturile fermentate, alimentele bogate în celuloză grosolană, făinoasele nerafinate, fructele oleaginoase, produsele de patiserie, alimentele laborios preparate, condimentele iuți, alcoolul. Se va consuma în schimb carne slabă (de pasăre sau de vită, fierț sau friptă), iaurt, brînză de vaci, caș, urdă, ouă, unt, ulei, smîntînă (adăugate în preparate), piine albă, veche de o zi sau sub formă de pesmet, legume cu celuloză fină (sub formă de pireuri, soțuri, sufleurii), fructe pîrguite (coapte sau sub formă de gelatine), deserturi cu fructe și brînză de vaci.

ÎN LITIAZĂ... RENALĂ...

Litiaza renală poate fi de mai multe tipuri, în funcție de compoziția chimică a pietrei: litiază urică, oxalică, fosfatică, calcică. Se pot da câteva indicații dietetice generale bolnavului de litiază renală, și anume: urina trebuie să fie crescută cantitativ, pentru a nu se face depuneri care vor da viitorul calcul, consumînd în acest scop 2 000 ml/zi de lichide (ceaiuri, compoturi), de preferat în afara meselor și dimineața pe nemîncate. Se va evita supraalimentația, bolnavii supraponderali trebuind să scadă în greutate. Se recomandă exercițiile fizice și reducerea aportului de calciu, pentru că acesta poate avea un rol important în litiaza renală.

...URICĂ

Litiaza urică, care poate apărea independent sau în cazul unei gute, se întâlnește frecvent la obezi. Se recomandă așa numitul regim lacto-fructo-vegetarian, alcătuit din: lapte și produse lactate, fructe, sucuri de fructe și de legume sau legume preparate sub diverse feluri (cu excepția spanacului).

lui, ciupercilor, leguminoaselor boabe realizate sub diferite feluri), paste făinoase, mămăligă, piine.

Proteinele vor fi luate în cantitate limitată din carne (de vacă, găină, oaie, pește), brânzeturi nefermentate și nesărat. Sînt interzise: carnea de vițel, pui și miel, conservele de carne și de pește, brînzeturile sărate, fermentate, supele de carne și de oase, sosurile de carne, alcoolul, cafeaua. În raport cu greutatea bolnavului se recomandă și grăsimi, dar în cantități moderate. Obezilor cu litiază urică li se va recomanda un regim hipocaloric.

...OXALICĂ

În cazul litiazei oxalice, calculii sînt formați din oxalat de calciu. Acest tip de litiază este foarte frecventă. Aportul exogen de acid oxalic este asigurat de alimente oxalofoare (care conțin cantități mai mari sau mai mici de acid oxalic) sau de alimente oxaligene, care prin descompunerea lor dau naștere la acid oxalic. Sursele de acid-oxalic sînt merele, lămile, grefruterile, cartofii și leguminoasele boabe. Acidul oxalic mai poate lua naștere din: carne, prin descompunerea glicogenului, datorită unor paraziți intestinali (tenie, ascarizi), dulciuri concentrate și paste făinoase. Se recomandă reducerea cantității de glucide la maximum 200—250 g pe zi. Acidul oxalic, pe lângă precipitarea în căile urinare, influențează și metabolismul calciului; oxalatul de calciu format este insolubil în căile urinare. Se vor reduce alimentele bogate în calciu, ceaiul, cacaoa, ciocolata, măcrișul, smochinele, sparanghelul, spanacul, cartofii, sfecla, agrișele, prunele.

...FOSFATICĂ

Eliminarea de fosfați prin urină crește cînd există un surmenaj, o stare febrilă sau o alimentație foarte bogată în carne. Precipitarea fosfaților în urină are loc cînd se consumă crudități fără grăsimi, în hiperaciditățile gastrice și în infecții urinare. Trebuie avut în vedere să se dezinfecteze urina și să se acidificeze. Pentru aceasta este nevoie de o dietă acidifiantă, săracă în fosfor și în calciu, cu aport scăzut caloric, săracă în grăsimi, bogată în proteine și în lichide. Se vor permite: laptele degresat (în cantități limitate), carnea și peștele slab, ouăle (3—4 pe săptămînă), piinea albă și intermediară (veche de o zi), pastele făinoase, unele legume (dovleac, dovlecei, varză, mazăre, fasole verde) și fructe în cantitate redusă (mere, coacăze, afine, prune). Dintre băuturi ceaiul, cafeaua, cacaoa preparate cu apă fără adaos de lapte sau frișcă. De asemenea, supele din făinoase, carnea, sosurile dietetice. Se vor consuma alimente bogate în vitamina A și D, ca untul, untura de pește, drojdia de bere.

Se vor interzice în schimb: laptele integral și brînzeturile, conservele de pește sărat, heringii, sardелеle, excesul de gălbenuș de ou, piinea în cantitate crescută (peste 250 g de zilnic), leguminoasele uscate, fructele oleaginoase (nuci, alune, migdale), ciocolata, deserturile preparate cu gălbenuș de ou, lapte, smîntînă sau cu fructe neper-

mise. Dintre băuturi se vor interzice: sucurile de fructe și de legume, alcoolul, băuturile alcaline, supele de legume, preparate cu lapte degresat, de fructe, borșul de legume.

Alimentația va fi fracționată în 5—6 mese pe zi, de volum redus. Se va asigura o cantitate de lichid suficientă pentru a împiedica precipitarea sărurilor.

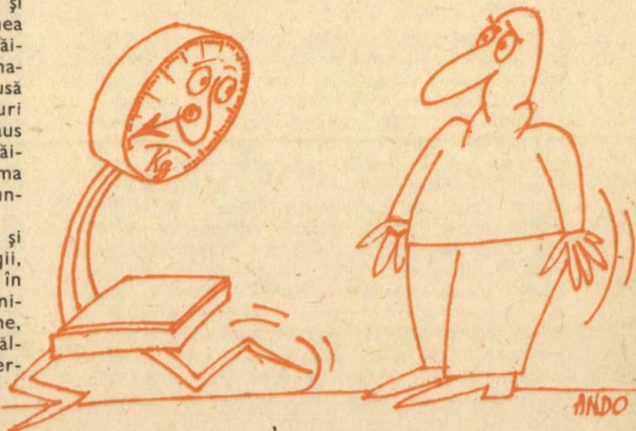
Alimente cu conținut bogat în calciu: lapte praf, brînză de burduf, cașcaval, brînză telemea, pătrunjel frunze, hrean, alune, migdale, fasole boabe, ciocolată, smochine, gălbenuș de ou, ceapă verde, icre negre.

Alimente cu conținut scăzut în calciu: varză, castraveți, cartofi, sparanghel, ciuperci, roșii, ardei gras, afine, gutui, mere, banane, struguri, piine intermediară și albă, biscuiți, mălai, margarină, miere.

Alimente cu conținut crescut în fosfor: laptele praf, cacaoa, brînză de burduf și de vaci, cașcavalul, gălbenușul de ou, migdalele, alunele, creierul, ficatul, mazărea, fasolea boabe, heringii, icrele, piinea neagră, caisele uscate, ciupercile, pătrunjel frunze, măceșele.

Alimente cu conținut scăzut în fosfor: fragii, varza, vinetele, morcovii, cireșele, căpșunile, bananele, castraveți, țelina, ridichiile, roșiile, piersicile, lămile, portocalele, gutuile, dovleceii, pepenii, afinele, merele, albușul de ou, mierea, margarina și untul.

Prof. dr. doc. Iulian MINCU
directorul Centrului de diabet,
nutriție și boli metabolice
București



PREPARATE CARE NU ÎNGRAȘĂ

Iahnie de fasole verde (5 porții)

Se pune la fiert în apă clocotită cu puțină sare 1 kg de fasole verde. Vasul va fi acoperit. Se tale felii 125 g de ceapă și se călesc în 75 ml de ulei. Se sting cu 500 ml de bulion sau cu roșii fierte. Se adaugă în acest sos fasolea fiartă și se mai dă un clocot, după care se pune verdeață tocată.

Dovlecei la cuptor cu smântină (5 porții)

Se curăță de coajă 1,500 kg de dovlecei și se pun să fiarbă înăbușit cu 100 g smântină. După fierbere se amestecă 5 albușuri bătute spumă cu dovleceii și cu zeama rămasă de la fierbere. Se așează compoziția într-un vas cu unt și se pune la cuptor. Se servește cu unt topit deasupra (în acest caz se pot folosi dovlecei conservați).

Chifteluțe de legume (5 porții)

Se pun la fiert 750 g morcovi, 500 g dovlecei, 150 g fasole verde și mazare (pot fi și conserve), 500 g cartofi. După fierbere se toacă mărunt, se amestecă cu două linguri de făină și două ouă. Se modelează chifteluțe, se dau prin pesmet și se prăjesc în ulei. Sînt mai gustoase servite cu smântină și verdeață sau cu sos de roșii.

MÎNCĂRURI RECOMANDATE SUFERINZILOR DE CĂI BILIARE

Pireu de morcovi cu smântină (5 porții)

Se tale felii subțiri 1 kg de morcovi și se înăbușesc în puțină apă clocotită, ușor îndulcită. Cînd sînt fierți se separă de supă în care au fiert, se pasează și se mai dau o dată în fiert cu adăugare de supă. Pireul se servește cald sau rece, cu smântină deasupra.

Papanăși fierți cu iaurt (5 porții)

Se trece prin sită 750 g de brînză de vaci și se amestecă apoi cu 100 g făină, 1 ou și se frămîntă bine. Papanășii se porționează, se tăvălesc prin puțină făină, li se dă forma rotundă și se pun la fiert în apă clocotită. Fierb acoperiți pînă se ridică la suprafața apei. După 5-10 minute se scot din apă. Se servesc calzi, cu iaurt.

DULCIURI RECOMANDATE ÎN AFECȚIUNI RENALE

Pireu de mere (5 porții)

Se curăță de coajă și semințe 750 g de mere și se pun la înăbușit în puțină apă. Cînd sînt gata, se scurg, se pasează, se adaugă zahărul. Se amestecă pireul cu lingura de lemn, se dă în fiert și, după caz, se pune și suc de rezultat din fierbere.

Compot de vișine (5 porții)

Într-un litru de apă clocotită, cu 200 g zahăr, se pun 750 g de vișine, lăsîndu-le să fiarbă 10-15 minute. Coaja de lămîie și zahărul vanilat se adaugă în momentul cînd compotul se dă jos de pe foc.

gative din celulă, nu pot intra în celulă, fiind respinși de acestea. Tendința ionilor de sodiu de a intra în celulă este mai mare decît opunerea membranei (analog azvîrlirii unei pietre în sus, ce se opune legii gravitației) de a intra în celulă, iar tendința ionilor de potasiu este de a ieși din celulă. Acest lucru merge pînă se atinge potențialul de prag, cînd curentul interior de ioni de sodiu este egal cu suma curenților exteriori de potasiu și de clor. În acel moment celula se debarasează de ionii de sodiu invadatori iar în celulă revin ionii de potasiu, celula ajungînd în starea inițială. Acest flux este de o miime de secundă și generează și el curentul bioelectric. Aducerea celulei în stare inițială se face cu ajutorul pompei de sodiu din ea, ce expulzează ionii de sodiu și de calciu intrați în celulă și readuc în celulă ionii de potasiu ieșiți. Acest fenomen se petrece în miimi de secundă și se face cu consum de energie.

Energia necesară acestui fenomen se obține din trecerea acidului adenozin trifosforic (ATP) în acid adenozin difosforic (ADP). ATP-ul se reface din energia căpătată de la ADP prin metabolismul celulei, cînd ADP-ul se transformă în ATP. Reacția este reversibilă. La aceste reacții concurează ionii de sodiu, calciu și potasiu, fiind ajutați și de enzimele din celulă. În acest mod se obține energia necesară organismului. Acest fenomen chimic se petrece în miimi de secundă, producînd bioenergie.

Dereglaarea activității celulare se face în privința ionilor de sodiu și de calciu, cînd aceștia pătrund în număr mare în celulă, iar pompa de sodiu funcționează defectuos, nemaiputîndu-i scoate din celulă. Ionii de sodiu sînt hidrofilii, umflă celula cu apă, implicit și țesutul din care ea face parte. Țesutul umflat apasă pe pereții vasului, îi îngustează și astfel presiunea singelui pe pereții vasului crește, dînd naștere la hipertensiunea arterială esențială. Pentru tratarea acestei boli trebuie alungăți din organism o parte din ionii de sodiu cu ajutorul medicamentelor diuretice ca Nefrix și Furanil, asociate cu clorură de potasiu, dizolvată în apă.

Pe de altă parte, trebuie blocată membrana ca să nu se mai filtreze în celulă ionii de sodiu și de calciu. Aceștia din urmă sînt blocați să intre în celulă cu medicamentele Indapamin, Verapamil, Nefidipin, Prenilamin etc. Nu se recomandă consumul de sare de bucătărie.

Un alt aspect al membranei celulare a fost descoperit în 1977 de savanții americani, laureați ai Premiului Nobel, profesorii Michael Brown și Joseph Goldstein, care au observat că colesterolul este transportat în sînge de o lipoproteină cu densitate mică, pentru care membrana celulară are receptori. Colesterolul se depune pe receptorii membranei pentru a o repara. Cînd colesterolul este în cantitate mare, intervin o serie de reacții biochimice sclerozînd celula, deci și țesutul. Plecînd de la această descoperire s-a sintetizat substanța de tipul compactinului (mevilonin), care reduce sinteza colesterolului la nivelul celulei etc. Pentru menținerea sănătății trebuie să păstrăm membrana celulară în bune condiții, renunțînd la consumul de cafea, băuturi alcoolice, tutun, excesul de sare de bucătărie și abuzul de medicamente.

Terapie
naturistă

BĂILE DE PLANTE LA DOMICILIU

„Spăla-mă-voi cu isop și de toate voi fi curățat!” Aceste cuvinte, ce sînt atribuite legendarului rege Solomon, arată că încă din antichitate se cunoștea și se aplica acest mod de utilizare al plantelor medicinale. De altfel, indicații despre acestea, unele valabile și azi, sînt cuprinse în Vedele indiene, în papyrusuri, în scrierile marilor medici și naturaliști ai antichității.

Băile de plante sînt azi un procedeu terapeutic din ce în ce mai utilizat în stațiuni balneoclimaterice, dar perfect accesibil și în cura la domiciliu. Acest procedeu se bazează în principal pe acțiunea directă la nivelul tegumentului a diverselor principii active cu acțiune anti-septică, antiinflamatorie, cicatrizantă, fiind astfel deosebit de util în numeroase boli de piele.

Dar băile de plante sînt utile într-un evantai mult mai larg de afecțiuni. Cum explicăm aceasta? Prin tegument sînt absorbite o serie întreagă de substanțe active ce ajung în zone subiacente (explicîndu-se astfel acțiunea lor în reumatism, gută) sau sînt transportate apoi prin circulația limfatică și sanguină în întregul organism, explicînd astfel acțiunea băilor de plante în variate afecțiuni ale organelor interne. O altă poartă de pă-

trundere a substanțelor active o constituie căile respiratorii, lucru valabil pentru uleiurile eterice care se volatilizează, fiind inhalat aerul cu o concentrație ridicată în vaporii acestor substanțe.

Băile de plante, ca procedeu terapeutic, se aplică în două moduri: fie baie generală (la cadă), fie băi locale, care interesează numai o anumită zonă a corpului, așa cum sînt băile ce se fac în cazul unor plăgi purulente, în care procedeu se aplică strict în regiunea interesată băile de șezut, mâini, picioare, băile de ochi ș.a. Și într-un caz și în celălalt trebuie să se înțeleagă că nu se pot obține rezultate miraculoase cu o singură baie, că acest procedeu trebuie repetat într-o veritabilă cură, efectele făcîndu-se simțite cei mai adesea după primele 5—7 zile de aplicare.

Destul de rar se observă cazuri de intoleranță, care se manifestă prin inflamații, înroșiri ale pielii, mîncărimi; în acest caz se întrerupe cura și se renunță la acest procedeu terapeutic.

Foarte important pentru reușita băilor este modul în care se face extracția principiilor active. O primă modalitate este de a pune planta mărunțită într-un săculeț de tifon, peste care se toarnă apă clocotită, apoi restul de apă pînă la completarea cantității necesare pentru baie. O a doua modalitate constă în a se face cu planta sau amestecul de plante fie o infuzie concentrată (în cazul florilor, frunzelor sau părții aeriene), fie un decoct concentrat (în cazul rădăcinilor sau cojilor), care se adaugă apoi în apa de baie. Se recomandă această a doua modalitate de pregătire a băii, tocmai pentru că asigură o extracție mai completă a principiilor active. Cantitatea de produs ce va fi folosită va fi astfel calculată încît să asigure circa 3—5 g plantă la litrul de apă pentru băile generale (respectiv 200—400 g pentru o cadă și 20—30 g plantă la litrul de apă sau chiar mai mult în cazul băilor locale, concentrația fiind astfel de 5—6 ori mai mare la acestea din urmă.

Apa se va aduce la temperatura corpului atît pentru a nu produce contracții, spasme, cît și pentru a se face o vasodilatație accentuată a vascularizației

periferice, care să favorizeze absorbția substanțelor active. Tot în scopul unei bune absorbții prin tegument, baia de plante trebuie să fie precedată de o baie de igienă corporală, prin care să se îndepărteze sebumul.

Pe baza principiului acțiunii sinergice și complementare a plantelor medicinale, se deduce că amestecurile acestora sînt mai eficiente decît plantele ca atare. În consecință, s-a trecut la elaborarea unor formule de ceaiuri balneologice cu rol anti-reumatic, sedativ, antieczematos.

I. BĂI DE PLANTE PENTRU AFECȚIUNI ALE PIELII

Plantele medicinale utilizate în aceste scopuri conțin de regulă principii active din cadrul a două mari grupe: a) **uleiuri volatile**, cu proprietăți antiseptice puternice, care explică acțiunea lor în diverse plăgi purulente, furuncule, abcese; efectul lor este asemănător antibioticilor sintetizate de plantele inferioare, în special ciuperci, asemenea substanțe numindu-se fitoncide; b) **taninuri**, cu proprietăți astringente, cicatrizante.

În afara acestora, mai pot interveni și alte substanțe, cum este alantoina (ce se găsește în rădăcina de tătăneasă — *Radix Symphyti*), cu proprietăți cicatrizante deosebite.

A. Plante cu conținut de uleiuri volatile

● Flores *Chamomillae* (flori de mușetel) merită a fi și în acest caz „cap de coloană”. Avînd un ulei volatil bogat în azulene, substanțe cu proprietăți antiseptice și cicatrizante deosebite, băile generale sau locale cu mușetel au efecte favorabile în răni cu puroi, ulceratii ale pielii, eczeme zemuinde, calmînd totodată tenurile înroșite sau iritate. Proprietăți similare și un conținut ridicat în azulene au și Flores *Millefolii* (flori de coada șoricelului) ca și *Herba Absinthii* (pelinul). ● *Herba Hyperici* (sunătoarea), care conține pe lângă uleiul volatil, taninuri și flavone, o substanță numită hipericină, este extrem de activă în arsuri și o bună cicatrizantă a rănilor ● *Folium Salviae* (frunze de salvie), de asemenea, bogate în ulei volatil, se folosesc sub formă de

infuzie în vindecarea plăgilor cu puroi și în diverse forme de ulceratii ● Flores Sambuci (flori de soc) sînt recunoscute pentru tratarea furunculelor, abceselor, arsurilor, contuziilor ● Herba Hyssopi (isop) are o recunoscută acțiune antiseptică și cicatrizantă, la fel ca Herba Origani (șovirv) ● Flores Lavandulae (flori de levănțică), printre cele mai bogate în uleiuri eterice cu componente foarte active, se numără printre speciile cele mai eficiente pentru băi antiseptice și cicatrizante ● Herba Meliloti (sulfina) conține, pe lângă ulei volatil, și cumarină, care-i conferă mirosul ațut de particular de fin proaspăt cosit; se recomandă în băi locale pentru răni cu puroi și pentru contuzii ● Radix Inulae (rădăcina de iarbă mare), sub formă de decoct se folosește în ulceratii purulente, iritații care produc mâncărimi puternice; avînd nu numai acțiune antiinflamatoare, ci și puternic dezinfectantă ● Fructus Feniculi (fructe de fenicul) cu proprietăți puternic antiseptice în diferite plăgi purulente ● Turionnes Pini (muguri de pin) conțin, în afara uleiului volatil, și rezine, cu acea caracteristică aromă balsamică; au o marcată acțiune antiseptică și cicatrizantă ● Flores Calendulae (flori de gălbenele) stimulează circulația sîngelui la nivelul țesuturilor, grăbind astfel cicatrizarea, dînd rezultate bune în: tratarea rănilor care se vindecă greu, ulceratii, plăgi purulente, arsuri, degerături, eczeme, acnee.

B. Plante cu conținut de taninuri

● Herba Salicariae (răchitan) este printre plantele cu cel mai ridicat conținut de taninuri, complet neiritante, dar puternic astringente; se utilizează ca cicatrizant în diverse plăgi, ulcere varicoase ● Folium Juglandis (frunzele de nuc) dau rezultate bune în eczeme zemuinde, ulcere varicoase și calmează iritațiile pielii ● Folium Plantaginis (frunzele de pătlagină) conțin, pe lângă tanin, și mucilagii, vitamina K și glicozidul aucubina; se folosesc în băi locale pentru ulcere varicoase, ulceratii ale pielii ● Herba Cnici (schinel) au conținut ridicat de tanin și principii amare; se recomandă în arsuri, degerături și diferite ulceratii ale feței ● Herba Marrubii

(unguraș) conține în afara taninului, și o substanță amară, marubiina; contribuie la cicatrizarea rănilor și ulceratiilor învechite. ● Herba Polygoni (troscot), cu conținut de tanin, acid silicic și flavonoide, acționează ca cicatrizant ● Herba Lamii albi (urzica moartă albă), cu conținut de tanin, mucilagii, sa-

● Flores Chamomillae (flori de mușetel), băi locale cu 50—60 g de flori, puse într-un săculeț cu tifon, peste care se toarnă 4—5 litri de apă în clocot ● Flores Millefolii (flori de coada șoricelului), băi locale cu infuzii concentrate din 30—60 g la litru ● Radix Symphyti (rădăcină de tătăneasă), cu efecte cicatrizante deosebite și antiin-



ponine, săruri de potasiu și urme de ulei volatil; utilă în abcese, ulceratii ● Cortex Quercus (coaja de stejar), cu conținut foarte ridicat de tanin. Sub formă de decoct este utilă în mai toate bolile de piele, datorită astringenței deosebite; în mod deosebit dă rezultate în ulceratii, degerături ● Cortex Salicis (coaja de salcie) este cicatrizantă și hemostatică ● Radix Symphyti (rădăcina de tătăneasă) conține și tanin, dar în principal proprietățile cicatrizante se datoresc unei substanțe active numită alantoină; dă rezultate remarcabile în arsuri și ulcere varicoase.

II. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA APARATULUI CARDIOVASCULAR.

Ulcerare varicoase. Se recomandă cure de băi locale din următoarele plante cu proprietăți antiseptice și cicatrizante:

flamatoare datorită alantoinței; se fac băi locale cu decoct concentrat (50—80 g/l) ● Folium Plantaginis (frunze de pătlagină) cu conținut de alantoină; se fac băi locale căldute cu infuzie realizată din 30 g/l ● Herba Salicariae (răchitan), puternic astringent; se fac băi locale cu infuzie din 20—30 g/l ● Folium Urticae (frunze de urzică), care și datoresc acțiunea cicatrizantă și clorofilei; utilizate sub formă de băi locale cu infuzie din 40—50 g/l ● Herba Lamii albi (urzică moartă albă), băi locale cu infuzie din 50 g/l.

Printre cele mai eficace sînt și Semen Hippocastani (semințele de castan) care conțin ca substanță activă aescina. Se fac băi cu 200—300 g făină de castane sau castane zdrobite în 4—5 l apă caldă în cure de 12 zile.

III. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA APARATULUI DIGESTIV

A. Hemoroizi și fisuri anale. Se recomandă băi de șezut cu plante antiseptice, cicatrizante, astringente.

● Flores Chamomillae (flori de muștel) sau Flores Millefolii (flori de coada șoricelului), antiseptice datorită azulenelor ● Radix Symphyti (rădăcină de tă-tăneasă), astringentă și cicatrizantă ca băi locale cu 30—40 g/l ● Cortex Salicis (coață de salcie) și Cortex Quercus (coață de stejar), cu proprietăți puternic astringente; se fac băi locale cu decoct din 20—30 g/l ● Gemmae Populi (muguri de plop) îmbinate proprietățile antiseptice cu cele cicatrizante și calmante; se fac băi locale cu infuzie de 15—20 g/l ● Fructus Myrtilli (fructe de afin) sub formă de decoct, din 30—40 g/l, lăsat să fiarbă până ce volumul scade la jumătate ● Folium Rubi fruticosi (frunze de mur), din care se face o infuzie cu 20—30 g/l.

B. Antihelmintice

Acest tratament, constând în băi de șezut, este adecvat contra oxiurilor și se realizează cu următoarele plante: ● Herba Absinthii (pelin), infuzie cu 20—30 g/l ● Radix Saponariae (rădăcină de săpunariță), decoct cu 20—30 g/l ● Bulbus Allii sativi (usturoi), din care se face un decoct din 2—3 bulbi zdrobiți, fierți în 200 ml de lapte.

IV. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA APARATULUI URINAR

Cistită. Se pot asocia la tratament intern băi locale, calde, cu decoct de Semen Lini (semințe de in) realizat din 20—30 g/l apă.

V. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA BOLILOR METABOLICE

A. Reumatism. Se consideră eficiente plantele cu mai multe categorii de principii active: a) Plante cu derivați salicilici, cum este Cortex Salicis (coață de salcie) din care se face un decoct concentrat cu 100 g/l apă, care se adaugă la apa de baie; b) Plante cu uleiuri volatile, cum sînt: Turiones Pini (muguri de pin), din care se face un decoct cu 150 g/l, care se adaugă la apa de baie și, totodată, un amestec de 2—3 g ulei de pin sau de brad cu 2—3 g de alcool. De asemenea, Fructus Juniperi

(fructe de ienupăr), din care se prepară un decoct cu 100 g/l, care se adaugă în apa de baie, sau un amestec din 2—3 g ulei de ienupăr cu aceeași cantitate de alcool care se utilizează în același mod; c) Plante cu acțiune revulsivă: Farina Sinapis nigra (făină de muștar) sub formă de băi locale, timp de 25—30 minute (cu 25—30 g de făină de muștar pusă într-un săculeț peste care se toarnă 2—3 l de apă caldă la 25—30 de grade) sau băi generale, cu 250 g de făină de muștar, pusă într-un săculeț, care se agită în apa de baie.

B. Tonice generale

● Folium Juglandis (frunze de nuc): Băi generale tonice, cu decoct concentrat din 200 g/l, care se adaugă în apa de baie ● Folium Menthae (frunze de mentă): Băi generale cu 200—250 g de produs, într-un săculeț de tifon care se agită în apa caldă a băii (sau un amestec din 2—3 g ulei de mentă într-o cantitate egală de alcool, adăugat în apa de baie).

VI. BĂI DE PLANTE ÎN RESTABILIREA UNOR FUNCȚII GLANDULARE

Antisudorifice — se recomandă băi locale contra transpirației excesive a miinilor și picioarelor, din Cortex Quercus (coață de stejar), cu conținut ri-

dicat de tanin, decoctul fiind realizat din 20—30 g/l.

VII. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

Sedative nervoase realizate din:

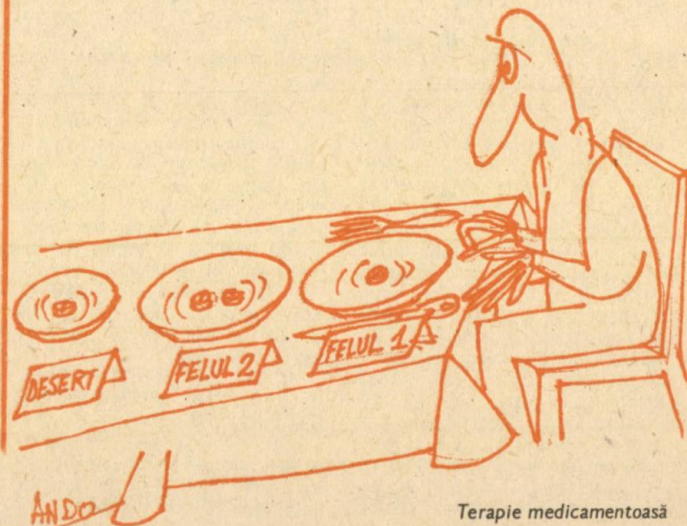
3 Flores Lavandulae (flori de levănțică): Băi cu infuzie din 50 g/l, (care se adaugă în apa de baie) sau băi la care se adaugă un amestec în cantități egale de ulei volatil și alcool (3—4 g la o baie) ● Flores Tiliae (flori de tei): Băi cu infuzie din 50 g/l care se adaugă la apa de baie ● Herba Serpylli et Thymi vulgaris (cimbrisor și cimbru de cultură): Băi cu infuzie 30—40 g/l, care se adaugă în apa de baie.

VIII. BĂI DE PLANTE ÎN FITOTERAPIA APARATULUI RESPIRATOR

Rinite, faringite, laringite, traheite

● Folium Menthae (frunze de mentă) — infuzie cu 40—50 g/l, adăugată în apa de baie ● Turiones Pini (muguri de pin), cu același mod de utilizare. Deosebit de utile sînt uleiurile eterice (de mentă, brad, molid sau pin), care se adaugă în apa caldă de baie, vaporii degajați acționind ca inhalant.

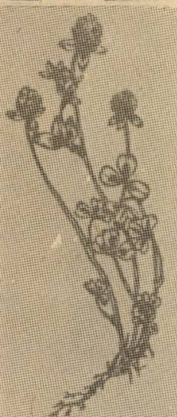
Biolog Mircea ALEXAN
Trustul „Plafar”



Terapie medicamentoasă



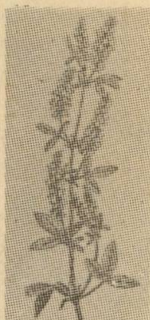
Produse fitobalneologice



TRIFOIUL ROȘU
(*Trifolium pratense*)



COADA CALULUI
(*Equisetum arvense*)



SULFINA
(*Melilotus officinalis*)



TREI FRAȚI PĂȚAȚI
(*Viola tricolor*)



TURIȚA MARE
(*Agrimonia eupatoria*)



PODBALUL
(*Tussilago farfara*)

În ultimii ani a fost realizată o adevărată „familie” de produse vegetale de uz balneologic, adjuvante prețioase în tratamentul la domiciliu a numeroase afecțiuni. Prezentăm mai jos cinci dintre acestea, prezente în rețeaua magazinelor „Plafar”.

Produsul vegetal antieczematos, util în eczeme dar și în dermatite alergice sau prurit, este realizat din plante cu acțiune astringentă, epitelizantă și antibacteriană, inhibând dezvoltarea florei patogene. În formula sa intră plantele Coadă calului (*Herba Equiseti*), frunzele de podbal (*Folium Farfarae*), de urzică (*Folium Urticae*) și de „Trei frați pătați” (*Herba Viola*), precum și cimbrul de cultură (*Herba Thymi*). Pentru băi generale, conținutul unui pachet de 100 g se moale cu 100—150 ml de apă rece, pînă ce amestecul de plante se îmbibă; apoi se face o decoctie scurtă (de 5 minute), care se toarnă în apa de baie. Pentru băi locale se fac decoctii din 20—30 g la un litru de apă. Cura constă în 18—20 băi (cite o baie la 2 zile).

Produsul vegetal ginecologic se adresează stărilor iritative, de natură trichomonazică sau nespecifice, ale organelor genitale externe ale femeii, în tratamentul cărora se recomandă, ca adjuvante, plante cu acțiune antiseptică, decongestivă, antiinflamatoare și cicatrizantă, reducînd senzația de prurit și arsuri. În compoziția sa intră flori de coadă șoricelului (*Flores Millefolii*), de trifoi roșu (*Flores Trifolii rubri*), turiță mare (*Herba Agrimoniae*) și de coadă racului (*Herba Anserinae*). Se fac spălături locale zilnice cu decoctie scurtă, preparată din 30—40 g la un litru de apă, timp de 18—20 zile.

Produsul vegetal calmant atenuează stările de anxietate, neliniște motorie, palpitații. În formula sa intră cîteva din cele mai eficiente plante cu acțiune sedativă: sulfina (*Herba Meliloti*), rădăcini de valeriană (*Radix Valerianae*) și flori de tei (*Flores Tiliae*). Pentru o baie generală se moale conținutul unui pachet în 100—150 ml de apă

rece, după care se face o scurtă decoctie în 1—2 litri de apă care se toarnă în apa de baie. Se fac cure de 18—20 de zile (cite o baie la 2 zile).

Produsul vegetal antireumatic are efecte analgezice și antiinflamatoare datorită plantelor componente: rădăcini de tătăneasă (*Radix Symphyti*), flori de arnică (*Flores Arnicae*), rizomi de stînjinel (*Rhizoma Iridis*), crețușcă (*Herba Ulmariae*) și coajă de salcie (*Cortex Salicis*), ultimele două produse avînd conținut ridicat de compuși salicilici. Băile generale se prepară dintr-un pachet de produs îmbibat în 100—150 ml de apă rece, cu care se face un decoct scurt în 1—2 litri de apă, care se toarnă în apa de baie. Se pot face și băi locale, cu decoctii din 20—30 g la litru.

Produsul vegetal tonic capilar întărește rădăcina părului, activează circulația la nivelul pielii capului, rolul esențial avîndu-l rădăcina de brusture (*Radix Bardanae*), frunzele de urzică (*Folium Urticae*) și de mesteacăn (*Folium Betulae*). Săptămînal se fac loțiuni prelungite cu decoct, realizat din două linguri de produs la 500 ml de apă, după spălutul pe cap.

Pentru igiena nou-născutului, pentru prevenirea eritemului fesier și a altor stări iritative ale acestuia se recomandă preparatul „Baby-plant”, care conține: mușel (*Herba Chamomillae*), isop (*Herba Hyssopi*) și răchitan (*Herba Salicariae*), plante cu acțiune antiseptică și ușor astringentă. Se face o scurtă decoctie cu 50 g de amestec din aceste plante la un litru de apă; decoctul strecurat se adaugă în apa de baie.

Paleta produselor vegetale de uz balneologic se va îmbogăți în curînd cu alte noi formule: **antiemoroidal** (două formule), **tonifiant pentru copii**, **pentru hidratarea tenului**, **pentru ten gras** (cu acțiune astringentă), **pentru inhalatii**, **antiinflamator și antiseptic vaginal**.

DOUĂ PRODUSE „FARMEC” DE MARE SUCCES

Recent, Întreprinderea de produse cosmetice „Farmec”, din Cluj-Napoca, a realizat două noi deodorante — GEROVITAL PLANT și FAVORIT.

● DEODORANTUL GEROVITAL PLANT, cu extracte vegetale, este produs de către Întreprinderea de produse cosmetice „Farmec” în colaborare cu Facultatea de farmacie din Cluj-Napoca.

Deodorantul GEROVITAL PLANT are proprietăți deodorante, cicatrizante, anti-inflamatorii și antimicrobiene, conferite de un extract vegetal realizat dintr-un amestec din următoarele plante: busuioc (*Ocimum basilicum*), mătase de porumb (*Stigmata maydis*) și sclipet (*Potentilla erecta*).

Mirosul discret, proaspăt și de mare rafinament al deodorantului GEROVITAL PLANT completează calitățile deosebite ale acestui nou produs.

● DEODORANTUL FAVORIT, recentă realizare a Întreprinderii de produse cosmetice „Farmec” din Cluj-Napoca, se bucură, datorită calităților sale particulare, de un mare succes de piață.

Extractul din frunze de alun, pe care îl conține, conferă produsului proprietăți bacteriostatice, bactericide și antitranspirante.

Parfumul cald, cu accente fructate, în care predomină note citrice, situează deodorantul FAVORIT la nivelul celor mai moderne realizări de pe piața internațională.

Producător: Întreprinderea de produse cosmetice „Farmec”, Cluj-Napoca.



INTERFERENȚE MEDICAMENTOASE

În general, un bolnav folosește mai multe medicamente, fapt ce produce efecte adverse, uneori deosebit de grave. În articolul „Bolile iatrogene — o epidemie a timpurilor noastre”, publicat în numărul din noiembrie 1985 al revistei „Santé du Monde”, boala medicamentoasă se află pe primele 10 locuri ale cauzelor internărilor în spital în țările dezvoltate.

Interacțiunile medicamentoase se referă la situația în care efectul fie direct, fie indirect al unui medicament este modificat prin administrarea anterioară sau concomitentă a altuia. Ele pot fi clasificate ca favorabile sau nefavorabile, pot varia în funcție de doză și persoană, pot avea semnificație majoră sau neglijabilă. În esență, este vorba de influențarea de către un medicament a gradului și vitezei de absorbție a altui medicament cu repercusiuni asupra biodisponibilității... În orice caz, datorită interacțiunii medicamentoase, efectul produselor de sinteză poate crește (potențializare), poate să scadă (antagonism) sau poate genera fenomene adverse severe, uneori de o deosebită importanță, încât fiecare cetățean trebuie să înțeleagă că administrarea incorectă a unui medicament poate avea efecte nefavorabile. Pentru a ilustra aceste afirmații sînt necesare câteva exemple.

Tetraciclina, antibiotic de elecție în bronșita cronică, are un tip clasic de interacțiuni cu laptele și antiacidele. În cursul tratamentului cu tetraciclina trebuie evitat consumul de lapte deoarece, prin bogăția de calciu, acesta reduce activitatea antibioticului. De altfel, aceeași particularitate contraindică utilizarea antiacidelor neutralizante, compușii insolubili din calciu, carbonatul de calciu, oxidul de magneziu, hidroxidul de aluminiu. Aceste antiacide pot interfera absorbția intestinală a tetraciclinei reducînd-o pînă la 95 la sută. Sărurile metalelor bivalente și trivalente (calciu, magneziu, fier, aluminiu) formează împreună cu tetraciclina derivați chelați neresorbabili; de aici, lipsa de eficacitate a antibioticului.

Discuția privind mecanismul de producere a disbiozei intestinale — și anume neluarea de lăur concomitent cu fiecare doză de tetraciclina precum și neadministrarea de vitamine din complexul B — comportă unele comentarii critice. Ingestia de lăur este utilă în cursul tratamentului cu tetraciclina, dat fiind faptul că odată cu flora intestinală patogenă se distruge și cea lactică. Dar, pentru reînfrumusețarea intestinului cu floră lactică este suficientă o cantitate mică de lăur, însă la interval de 2—3 ore de la administrarea tetraciclinei, pentru a nu dimina absorbția.

În ceea ce privește asocierea complexului vitaminic B, punctul de vedere actual este diferit de

cel exprimat în urmă cu două decenii. Concepția inițială, conform căreia în cursul tratamentului cu tetraciclina pe cale orală se distruge — pe lîngă alte specii microbiene — și flora microbiană care sintetizează vitamine din complexul B, s-a dovedit nefondată științific. Într-adevăr, aportul exogen alimentar asigură pînă la 95 la sută din nevoile zilnice ale organismului în vitamine din complexul B (B₁, B₆, B₂, PP, pantotenat de calciu), restul provenind din sinteza endogenă a florei microbiene intestinale. Mai mult chiar, locul unde are loc această sinteză este extremitatea distală a colonului, de unde absorbția este practic nesemnificativă.

Băuturile care conțin cofeină (cafeaua și ceaiul chinezesc), unele medicamente (Miofilin, Eufilin, Xantinol, Nicotinat, Pentifilin retard) micșorează eficacitatea Dipiridamolului la anginoși. Din cauza tratamentului prelungit cu Miofilin, mai toți astmaticii sînt afectați de reflux, deoarece acest medicament dilată nu numai musculatura bronșică, ci și pe a esofagului, favorizînd refluxarea aici a sucului gastric, producînd esofagia de reflux. Aceași situație periculoasă este și după consumul de băuturi alcoolice tari. Noaptea, în somn, vîrsăturile pot invada căile respiratorii.

Prin acțiune antagonistă, Metoclopramid, medicament mereu în actualitate, fiind un neîntrecut armonizator al dereglărilor motorii ale tubului digestiv, manifestă un puternic efect colinergic asupra musculaturii stomacului și regiunii apropiate a intestinului. Datorită activității gastrochinetice crește tonusul de repaus al sfînterului esofagian inferior, închizînd-l, și al fundusului gastric, împiedicînd refluxul conținutului intragastric în esofag. Totodată, coordonează mecanismul contractil al diferitelor segmente ale intestinului, relaxînd pilorul și duodenul în timpul peristaltismului. În consecință, accelerează evacuarea esofagului, umplerea stomacului și tranzitul prin intestinul subțire. Asemenea medicamentelor Emetiral și Torecan, previne vîrsăturile blocînd receptorii dopaminergici în zonele de intervenție a chemoceptorilor, dar întrece ca eficiență toți derivații în ceea ce privește tratamentul vîrsăturilor. În doza de 1—2 mg/kilocorp previne tulburările digestive produse de radio și chimioterapie. Efectele gastrochinetice îi aduc o principală indicație în ulcerul gastric, în care refluxul de săruri biliare citotoxice din duoden în stomac a fost înriminat ca factor ulcerogen. La bolnavii cu reflux gastro-esofagian și esofagită, 10 mg de Metoclopramid, administrate oral de 3 ori pe zi înaintea meselor, determină relaxarea sfînterului evacuării gastrice. Acțiunea sa este inhibată atît de atropină și derivații săi, cît și de anticolinergicele de sinteză (Scobutil, Oxifenoniu, Propanetelin). De aceea se va evita să fie administrate împreună, deoarece

acestea diminuează motilitatea și încetinesc golirea stomacului. Creșterea motilității intestinale prin Metoclopramid sau prin purgative scade absorbția unor medicamente, cum este Digoxinul. Bolnavii cu insuficiență cardiacă, care folosesc acest digitalic, trebuie să evite medicamentele menționate mai sus, deoarece Digoxinul trebuie dozat cu multă grijă.

Tributul plătit asocierilor medicamentoase făcute la întâmplare este scump, după cum se arată în tabelul alăturat. Din antichitate, Hipocrate dădea un sfat: „Primum non nocere”, precept care și în prezent își găsește răsunetul convenit în școlile de medicină și farmacie din întreaga lume. La rîndul său, Avicenna recomanda bolnavilor ca în zilele în care iau medicamente să nu se apropie de mîncare și mai ales de băuturi alcoolice. „Postul”, cu apă minerală sau cu ceaiuri din plante medicinale, a reușit să amelioreze remarcabil starea cli-

nică a multor suferinzi de poliartrită cronică evolutivă, „redoarea de dimineață” a articulațiilor reducîndu-se iar necesarul de paracetamol și aspirină micșorîndu-se. De altfel, aspirina are utilizări noi (ca antitermic și antialgic, antiagregant, anti-reumatic, dar și antiprostaglandinelor) însă deține și primul loc în producerea reacțiilor adverse (hemoragia gastrică) și are o toxicitate crescută în asociație cu Fenacetina (nefrotoxică și potențial cancerigenă), asociație existentă în tabletele de antinevralgice. La Simpozionul organizat de Centrula de medicamente, la București, în noiembrie 1985, a fost prezentat un nou antinevralgic pentru cardiaci, denumit AASP 0,04, elaborat sub îndrumarea regretatului prof. dr. Alexandru Duminică, produs brevetat care se realizează prin microproducție la Farmacia 46, str. Teiul Doamnei din București.

Gradul de interacțiune dintre alimente și medi-

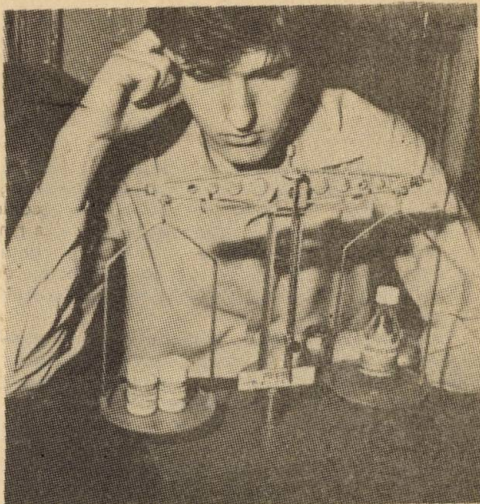
LISTA UNOR ASOCIAȚII MEDICAMENTOASE înscrise în sistemul SEDIPHARM — Laboratoarele „BOEHRINGER-INGELHEIM”

Substanțe	Medicamente asociate	Efectele asocierii	Mecanismul
Tetraciclina Vibramicina Deoxitetraciclina	Săruri de Ca, Mg, Al, Fe antiacide, Dicarbocalm, Trisilicalm, Almagel, Galogel, Alucol produse lactate	Diminuarea efectelor tetraciclinelor. Pot fi administrate la un interval de 2-3 ore.	Diminuarea absorbției intestinale datorită formării unor che-lai nedifuzibili (insolubili)
Antidepresive triciclice: Amitriptilin, Nortriptilin, Doxepină (Sinequan)	Alimente ce conțin tiramină: brînzeturi fermentate, iaurt, bere, vinuri roșii, cacao, ciocolată, heringi în ulei	Hipertensiune arterială, cefalee, aritmii cardiace, hiperexcitabilitate, alte suferințe vasculare	Potențarea efectului aminelor simpatomimetice conținute în aceste alimente
Antiinflamatoare Fenilbutazona, Ketazon, Tomanol, Fehinizon	Anticoagulante perorale cumarinice (Trombostop)	Crește concentrația formei libere. Potențarea acțiunii anticoagulante și accident hemoragiar, risc de sîngerări	Deplasarea anticoagulantelor de pe proteinele plasmatice
Corticosteroizi: Prednison Superprednol	Salicilați (Aspirină) Antiinflamatoare (Fenilbutazonă)	Accentuarea efectelor adverse digestive ulcerigene	Sinergism (se pot evita ulceratiile prin neutralizare cu antiacide: Ulcerotrat, Calmogastin)
Glicozizi digita- lici: Digoxin	Săruri de calciu: Clorocalcin	Apariția de aritmii cardiace. Creșterea incidenței efectelor adverse cardiace ale digitalicelor	Mărește sensibilitatea miocardului
Penicilinele Ampicilină Eritromicină	Antibacteriene bacteriostatice: Tetraciclina, Cloramfenicol	Posibilă micșorare a efectului antibacterian al penicilinei și eficacitatea în infecții	Penicilina acționează bactericid față de bacterii în multiplicare; bacteriostaticele împiedică această funcție
Hipoglicemiante: Insulina	Propanolol	Accentuarea efectului hipoglicemiant	Blocarea efectelor compen-satoare simpatice (hiperglicemiante)
Anticolinergice: Scobutil	Fenotiazine: Romergan, Clor-delazin	Accentuarea acțiunii anticolinergice	Sinergism, fenotiazinele au efect parasimpaticolitic
Diuretice - Tiazide: Nefrix	Clorură de potasiu - 500 mg tablete dizolvate în apă; sare fără sodiu	Evită hipopotasemia, oboseala musculară, alterarea ECG, tulburări digestive, vărsături.	Tiazidele produc perturbarea echilibrului electrolitic.

camente depinde de doza medicamentului, vârsta și greutatea individului, precum și de condițiile medicale specifice. În general, prezența hranei în stomac și intestine poate influența eficiența unui medicament, în sensul încetinirii sau accelerării timpului de trecere a acestuia prin tractul gastro-intestinal către acel loc din corp în care prezența sa este necesară. Alcoolul etilic mărește permeabilitatea mucoasei gastrice și agravează efectul ulcerogen al antiinflamatoarelor (aspirină, Indometacin, Fenilbutazonă etc.). Întrucât ingerarea alimentelor grăbește trecerea comprimatului prin esofag, pentru a se evita iritarea acestuia, următoarele medicamente se vor administra în timpul mesei: Aspirina, Miofilin, Fenilbutazona, Indometacin, Prednison, Paduden, Etambutol, Biseptol, Propranolol și sărurile de fier (Ferglurom, Glubifer). Nu se vor administra cu lapte: Tetraciclina, clorura și iodura de potasiu. Nu se vor administra cu suc de fructe: Ampicilina, Oxacilina, Eritromicina, deoarece mediul acid le reduce puterea de absorbție. Nu se administrează împreună cu oleu de parafină preparatele de polivitamine. Reducerea sării (regimul hiposodat), scade incidența edemelor, care apar ca efect nedorit al medicației fenilbutazonice.

Revista „Science et Vie” menționează interesante schimbări de acțiune și din contactul diferitelor medicamente cu alimentele sau băuturile cele mai uzuale. Astfel, la alcoolicii metabolismul somniferelor (Fenobarbital, Ciclobarbitol) este accelerat. Alcoolul crește acțiunea insulinei și poate produce hipoglicemie severă dar este eliminat mai rapid de organismul fumătorilor, mecanism incriminat de cercetători și în cazul cafelei. Tutunul metabolizează foarte rapid fenacetina existentă în antinevralgice iar vitamina C, administrată în aceleași cantități la fumători și nefumători, prezintă la primii o concentrație sanguină mai redusă. Pe de altă parte, anumite brînzeturi și chiar iaurtul, conținînd tiramină (intermediar metabolic al adrenalinei) intră în corelații funcționale cu anumite medicamente antidepresive, ducînd la accelerarea bătailor inimii și la creșterea tensiunii arteriale. Același efect îl declanșează vinul și berea. În concluzie, este necesară vigilența în administrarea medicamentelor. Să ne amintim ceea ce se afirmă în „Bolnavul închipuit” al lui Molière: „Sînt bolnavi care mor nu din cauza bolii de care suferă, ci din cauza medicamentelor administrate împotriva acesteia”.

La sfîrșitul anului 1985, Societatea franceză de igienă, medicină socială și inginerie sanitară a organizat la Paris un congres cu tema „Medicamentele și sănătatea publică”, dezbateri de înaltă ținută științifică și responsabilitate socială. S-a analizat modul în care produsele medicamentoase — cu eficiență cunoscută, dar adesea cu grave consecințe iatrogene — ajung la populație. Au fost, de asemenea, dezbătute atribuțiile ce revin medicilor și farmaciștilor pentru a preveni erorile în relația medic-farmacist-medicament-pacient. Un loc aparte l-a ocupat dezbaterile problemelor administrării produselor farmaceutice la vîrstnici, o categorie mare de consumatori de medicamente, în rîndul căreia se înregistrează un procent crescut de efecte secundare iatrogene. De aici, concluziile care se impun în legătură cu schema tera-



peutică, prescrierea unei indicații reduse la circa 3 medicamente.

Aceste realități au importanță deosebită. De altfel, Ordinul ministrului sănătății nr. 589/78 prevede eliberarea unor medicamente pe bază de rețetă, care se reține, pentru a se combate automedicația, care, din păcate, este încă folosită în cazul unor medicamente care se eliberează fără rețetă.

Avertizăm pe cei care au insomnii sau adorm mai greu să nu facă abuz de somnifere etc., deoarece folosirea lor fără discernămint duce la obișnuință, la cunoscuta dependență de medicamente, cu riscuri uneori grave pentru organism. Desigur, cunoscuta afirmație a lui Napoleon: „Cinci ore de somn pentru un vîrstnic, șase pentru un tînăr, șapte pentru o femeie și opt pentru un prost sînt de ajuns”, nu este decît una din butadele de gust îndoielnic pe care împăratul le debita cîteodată în doriința de a epata, explicabilă printre altele și prin faptul că Bonaparte avea un somn foarte scurt dar profund, odihnitor. Goethe a dormit, se pare, toată viața opt ore pe noapte, ceea ce nu l-a împiedicat să scrie „Faust”, încît nu numărul orelor de somn contează, ci odihna propriu zisă obținută prin somn. Tranchilizantele și somniferele la care se apelează cu prea mare ușurință, pot fi evitate prin folosirea unor ceaiuri din plante medicinale: cu efect sedativ, cum sînt: valeriana, hameiul, roinița, levănțica precum și ceaiul calmant și sedativ.

Aceste observații ne conduc la sublinierea importanței prescrierii raționale a oricărui medicament, pe baza recomandării medicului, singurul în măsură să ia în considerare un „risc calculat” în funcție de gravitatea bolii și de eficiența tratamentului instituit.

Farm. pr. Geo NAFTAN
Doctor în medicină Dumitru CONSTANTIN

ALCOOLUL

Accidentele rutiere, boală a civilizației moderne, au ajuns, în unele țări cu circulație intensă, să ocupe locul trei în clasificarea cauzelor de deces, după cancer și bolile cardiovasculare. Or, dacă cunoaștem că o treime, chiar jumătate din totalul lor sînt produse de alcool, importanța problemei acestui tip de intoxicație socotim că este ilustrată în mod convingător.

Statisticile arată pentru toate țările că accidentele de circulație se produc mai ales sîmbăta și duminica, zile de sfîrșit de săptămînă, de vacanță, zile în care alcoolul se folosește în cantități crescute. Tinerii sub 20 de ani sînt cei mai expuși la astfel de accidente, atît pentru că sînt lipsiți de experiență, cît și pentru că la aceștia sensibilitatea la alcool este mai crescută.

Dar accidentele de circulație pot fi produse de oricare dintre participanții la traficul rutier: pieton sau conducător auto. **Pietonul** beat nu respectă semnele de circulație, nu poate aprecia exact distanța la care se află un vehicul față de propria persoană, adoarme pe șosea, unde poate fi accidentat mortal, mai ales noaptea, de un vehicul în trecere. La **conducătorul de autovehicul** accidentele sînt de proporții mai mari, interesează mai multe persoane din vehiculul propriu, din cel cu care vine în coliziune, sau mai mulți pietoni surprinși pe banda de trecere rezervată traversărilor stradale.



Intoxicația alcoolică diminuează (într-un raport direct proporțional cu gradul intoxicației) toate calitățile care se cer unui bun conducător auto: atenția continuă, coordonarea mișcărilor, rapiditatea judecării unei situații, reflexele intacte pentru a putea interveni prompt, în situații dramatice. Vederea e diminuată, ideea și reacția lente.

Alcoolemia constituie testul care apreciază obiectiv gradul intoxicației alcoolice. Alcoolemia reprezintă cantitatea de alcool în grame la litrul de sînge. O alcoolemie de 0,5 g la mie modifică performanțele de a conduce; la 0,8 g la mie riscul de accident crește; peste 1 la mie riscul e mărit la orice șofer, mai ales dacă se adaugă oboseala, viteza, obscuritatea. Doza limită de la care un individ nu mai este capabil de a conduce cu siguranță un vehicul este cuprinsă între 0,8-1 g la mie. Peste 1 g la mie, numărul accidentelor crește rapid, pentru a atinge maximum la 1,6 g la mie cînd scade cu două treimi aptitudinea de a conduce. De la 2-2,5 g la mie sînt puțini șoferi producători de accident, căci beția conducătorului este așa de pronunțată încît se simte incapabil să conducă. La aceste doze majoritatea accidentelor sînt produse de pietoni în stare de ebrietate, care cad și adorm pe drum.

Dar și fără determinare chimică fiecare își poate calcula, cu aproximație, alcoolemia cunoscînd cantitatea de alcool ingerat și greutatea corporală. Un individ de 80 de kg, care a ingerat 80 g de alcool, are o alcoolemie de 1 g la mie, iar dacă a ingerat 40 g de alcool, are o alcoolemie de 0,5 g la mie (cantitatea de alcool se împarte la greutatea corporală: $80 : 80 = 1$ g la mie, sau în al doilea caz $40 : 80 = 0,5$ g la mie (80 de g de alcool se găsesc în 800 ml de vin de 10 grade, sau în 2 litri de bere de 4 grade sau în 250 ml de țuică sau de coniac de 40 de grade).

Conducătorul auto poate calcula, de asemenea, timpul în care alcoolemia revine la normal și conducerea la volan este în afara oricărui pericol cunoscînd că pe fiecare oră scade cu 0,15 la mie. Dacă un individ are o alcoolemie de 1,5 g la mie înseamnă că în 10 ore ($1,5 : 0,15 = 10$ ore) ficatul va oxida alcoolul ingerat; o alcoolemie de 1 g la mie revine la normal în aproape 7 ore ($1 : 0,15 = 6$ ore și 40 de minute).

La noi în țară este interzisă conducerea sub influența alcoolului sub 1 la mie. Culpă se pedepsește (amendă și reținerea carnetului de conducere). Peste 1 la mie alcoolemie, individul în culpă este pasibil și de pedeapsă cu închisoarea.

Pentru sustragerea de la recoltarea de sînge, în vederea stabilirii alcoolemiei, se prevede o pedeapsă de 1-5 ani închisoare.

În afara măsurilor restrictive, pentru prevenirea accidentelor rutiere produse de alcool, un mare rol, poate cel mai important, revine educației publicului, care trebuie să cunoască adevărul asupra alcoolului, efectele sale nocive și, din convingere, să renunțe la folosirea băuturilor alcoolice.

Dr. C. TRAIAN

MEDICAMENTELE



Responsabilitatea conducerii autovehiculelor este nu numai personală, ci și colectivă. Ea implică păstrarea trează a tuturor aptitudinilor necesare siguranței traficului.

Cel ce se așază la volan trebuie să stăpânească perfect vehiculul pe care îl conduce, dar pentru aceasta trebuie să fie, în primul rînd, stăpîn pe propriul organism, care trebuie să-și mențină capacitatea de a acționa în orice conjunctură în modul cel mai favorabil. Este bine cunoscut că unele stări de comportament (nervozitatea, agresivitatea, impulsivitatea), precum și unele stări patologice (boli psiho-nervoase, ca epilepsia și altele) pot cauza accidente prin pericolul pierderii cunoștinței sau incapacitatea de a acționa corespunzător în situațiile impuse de trafic. Acestea sînt cu exigență luate în considerare la eliberarea carnetelor de conducere și la controalele medicale efectuate periodic, conducătorilor auto, apariția unor boli care periclitează siguranța în circulație fiind determinantă pentru interdicția de conducere.

Chiar și atunci cînd sub acest aspect toate sînt în ordine, pot surveni situații neașteptate, cînd, fie din neglijarea unor reguli cunoscute (interdicția totală a consumului de alcool), fie din necunoașterea lor (efectele neașteptate ale unor medicamente administrate), conducătorii auto sînt puși în situații care nu le mai pot da siguranța asupra volanului.

Dacă se cunosc efectele nefavorabile ale consumului de alcool asupra aptitudinilor necesare conducerii vehiculelor, mai puțin sînt cunoscute, însă, efectele unor medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos central, care pun conducătorul auto în situații critice. Necesitatea utilizării unor astfel de medicamente impune interzicerea minuirii volanului.

În epoca actuală se constată o foarte mare frecvență a utilizării unor grupe de medicamente care acționează asupra sistemului nervos. Aici se pot cita hipnoticele și sedativele, dar mai ales tranchilizantele, liniștitoare, depresante ale sistemului nervos central. Din această grupă fac parte Diazepamul, Hidroxizinel, Meprobamatul și alte antidepresante, ca Amitriptilina, Imipramina, Clorpromazina (Largactil, Clordelazin), care produc o stare de toropeală, tulburări de vedere (înceșoșarea vederii și modificări în acomodare) și alte reacții secundare ce prezintă riscuri în stăpînirea volanului — amețeli, slăbiciune, insomnie, hiper sau hipotensiune, aritmie cardiacă. O situație specială o aduce Diazepamul, care, după un tratament mai îndelungat, la întreruperea bruscă poate produce o creștere a efectelor antidepresante — reducînd, deci, chiar și la oprirea administrării, abilitatea, vioiciunea mintală, necesare celor ce conduc autovehicule.

O altă grupă de medicamente cu risc în păstrarea facultăților de conducere auto sînt medicamentele antihistaminice (antialergice), cu utilizare deosebit de frecventă, în alergiile cu diverse localizări, la nivelul pielii, membranelor — oculare, nazale (rinite), bronhiilor (bronșite alergice) —

ce apar datorită multiplilor factori poluanți în continuă sporire, atingînd actualmente tot mai mulți oameni. Printre multele și severe efecte adverse ale antihistaminicelor, deosebit de des apare senzația (calmarea), variînd de la un organism la altul, de la starea de slăbă toropeală, incapacitate de concentrare, amețeli, hipotensiune, slăbiciune musculară, dar și alte stări, de tipul tulburărilor gastro-intestinale, migrenă, înceșoșarea vederii, entuziasm sau depresiune excesivă, iritabilitate, îngreunarea și slăbiciunea miinilor; efecte care arată clar incapacitatea de a stăpîni volanul. De adăugat că medicamentele antihistaminice măresc efectul sedativ al depresantelor sistemului nervos central, alcoolului, hipnoticelor (care produc somn), barbituricelor (Ciclobarbitol, Fenobarbital, Dormital), sedativelor și tranchilizantelor. Deci, asocierea dintre acestea mărește și mai mult riscurile în conducerea auto. Deosebit de important este faptul că la aplicarea locală a histaminicelor (pe piele, mucoase), datorită absorbției la acest nivel și a intrării rapide în circuitul general, este posibilă apariția efectelor secundare, care pot fi mai accentuate la persoanele peste 60 de ani.

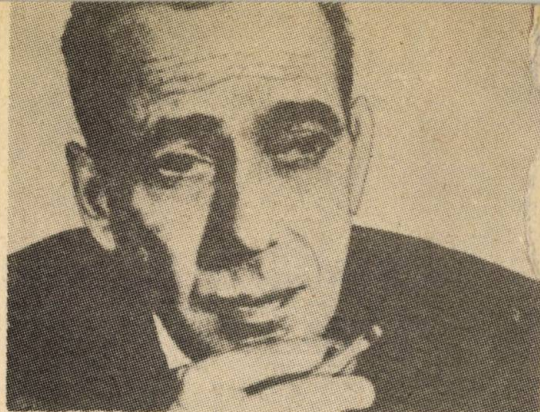
Din grupul antihistaminicelor se pot cita: Feniraminul (Avil), Feneganul (Romergan), Clemastina (Tavegil), Difenhidramina (Benadril, Alergan), Clorfenoxamina, Hilfanul, Antazolina (Antistina). Uneori și după administrarea Tagametului (Cimetidinului), un inhibitor al secreției stomacale (utilizat în tratamentul ulcerului gastric), sînt constatate reacții adverse neurologice, mai ales la vîrstnici, la cei cu boli grave sau cu tulburări ale funcțiilor renale.

Se desprinde clar ideea că fiecare conducător auto este obligat să țină seama de toate aceste posibilități de alterare a capacității de dirijare a volanului în circulația rutieră, de dirijare a mașinii sau a propriului organism în acțiuni riscante.

Este clar că starea de boală, consumul de alcool și administrarea unor medicamente (uneori și unele hipotensive cu mare utilizare) pot aduce stări neașteptate, incompatibile cu activități ce pretind atenție, agilitate în acțiune, stăpînire de sine.

Știînd cînd este sănătos și cînd trebuie să renunțe la volan, conducătorul auto este conștient de răspunderea pentru propria viață, dar și pentru viața semenilor pe care nu are voie să-i lezeze din rea voință sau iredponsabilitate.

Farm. Silvia CHERECHEȘ
cercetător științific I.C.S.M.C.F.



CÎND APRINDEȚI ȚIGARA...

Poate că faptul ar fi fost trecut cu vederea dacă întimplarea n-ar fi făcut ca în aceeași zi, o zi din octombrie 1985, să moară doi actori ai ecranului american. Cei doi erau Orson Welles și Yul Brynner. Primul, în vîrstă de 70 de ani, cîntărind 203 kg, era un pasionat fumător de havane. Obezitatea și fumatul au fost factorii care l-au pricinuit suferințe multiple de-a lungul a mulți ani, provocându-i, în cele din urmă, moartea. Al doilea, în vîrstă de 65 de ani, idol a milioane de spectatori, era cunoscut ca un fumător pasionat de țigărete, aprinzînd țigară de la țigară. Decesul său s-a datorat - previzibil - unui cancer de plămîn.

Lumea și-a adus atunci aminte de Humphrey Bogard și de alți idoli ai ecranului - imitați, din nefericire, de mii și mii de adolescenți. Cine și-ar fi imaginat însă că ultima lor fotografie nu va apare într-o revistă de cinema ci într-una de sănătate?

„Santé du Monde”, publicația Organizației Mondiale a Sănătății - care publică aceste fotografii sub titlul „Victime celebre” - atrage atenția că, în comparație cu alcoolicii și chiar cu morfinomanii, fumătorii sînt cei mai dependenți de viciul lor. 9 fumători din 10 își consumă cantitatea de nicotină în fiecare zi în comparație cu bețivii, de pildă, care doar 1 din 10 simte nevoia să bea zilnic și cu consumatorii de droguri la care raportul este de 4 la 10.

Odată cu coborîrea vîrstei fumătorilor și a pătrunderii acestui viciu în mediul feminin, statisticile au început să se schimbe. Astăzi, pe primul loc în cadrul deceselor prin cancer se numără cancerul de plămîn - afecțiune aproape incurabilă, tratamentul dînd rezultat doar în 10 la sută din cazuri. Un studiu efectuat de O.M.S. timp de 20 de ani (1960-1980) a arătat că numărul cancerelor de plămîn la bărbați a crescut de la 118 000 la 255 000. În rîndul femeilor statistica a înregistrat o creștere procentuală și mai mare: de la 22 000 la 66 000 (200 la sută).

Date furnizate de O.M.S. în mai 1986 evidențiază și influența nefastă a tutunului asupra femeilor care folosesc anticoncepționale. Interacțiunea dintre acestea și substanțele cuprinse în fumul de țigară favorizează apariția unei congestii coronariene sau cerebrale și formarea în

venele membrelor inferioare a unui chiag care, ajuns în artera pulmonară, poate provoca embolia pulmonară.

O știre și mai recentă dar și mai alarmantă: fumatul este un mare factor de risc în cardiopatii și în diverse afecțiuni ale gîtului și plămînilor. Riscul de a muri de o cardiopatie coronariană îi pîndește pe 2 din 3 fumători. Ulcerele de stomac și de duoden sînt mai frecvente la bărbații și femeile care fumează. De asemenea, infecțiile gingivale și cariile dentare.

Concluzia specialiștilor: tutunul cauzează mai multe morți pulmonare și mai multe îmbolnăviri decît oricare alt factor de risc. Și, după cum vedeți, nu iartă pe nimeni; nici chiar pe idolii ecranului.

Pentru combaterea efectelor lui nu vă puneți speranța în competența medicilor și în farmacopeea modernă.

Renunțați la fumat.

Cristian IONESCU

Recidivă opririi cordului

Consumul de țigărete este un factor de risc major pentru boala coronariană și studiile epidemiologice au stabilit un grad al riscului. Studiile asupra obișnuinței tabagice au pus în evidență un risc redus de accidente cardiace la cei care încetează de a fuma, în comparație cu acei care continuă. Folosirea țigărilor accelerează procesul de ateroscleroză, ele fiind agentul cauzal de accidente cardiace. Factorii de risc tipici pentru boala coronariană sînt asociați cu stopul cardiac suferit în afara spitalului. La fel, tabagismul este un factor de risc pentru stopul cardiac recidivant. Tabagismul, care a fost incriminat ca agentul procesului aterosclerotic, poate, de asemenea, contribui la vulnerabilitatea miocardului, tranzitoriu prin efectele oxidului de carbon, nicotinei și a altor subproduse. Consumul crescut de țigărete poate crea o mare vulnerabilitate la aritmii ventriculare și în mod deosebit la fibrilația ventriculară.

Viața în doi

TEORII NOI DESPRE FECUNDITATE • HIPERGLICEMIA — UN DUȘMAN AL VIRILITĂȚII • DIABETUL ȘI CIRCULAȚIA ARTERIALĂ • NIMIC NOU DESPRE IATROGENIE • FLUCTUAȚIA CONCENTRAȚIEI HORMONILOR ÎN SÎNGE • DE LA UREMIE LA... GINECOMASTIE • DIN NOU DESPRE BROMCRIPTINĂ • ANXIETATEA DUPĂ INFARCT — UN RĂU INEVITABIL? • STATISTICA ÎN CARDIOLOGIE • VIAȚA INTIMĂ ȘI SPORTUL

In lumea medicală au existat și există încă controverse cu privire la relațiile dintre frecvența tulburărilor sexuale și severitatea bolilor cronice.

Sigur este că odată cu înaintarea în vîrstă se instalează o serie de boli cronice, care, dacă nu sînt tratate, pot avea repercursiuni asupra funcționalității întregului organism, reducînd și longevitatea.

Studiile din ultimii ani au dovedit că de cele mai multe ori afecțiunile cronice au răsunit în sfera genitală, dereglînd sistemul neuro-endocrin și, astfel, viața intimă a bărbatului.

Hiperglicemia este una din bolile metabolice al cărei răsunset asupra funcției sexuale este cunoscut de multă vreme. Chiar dacă nu s-a ajuns la un punct de vedere comun, este neîndoielnic că incidența deficitului sexual crește simțitor la diabeticii netratați și că prin respectarea dietei alimentare sau aplicarea cu strictețe a tratamentului medicamentos (sulfamide antidiabetice, insulină), cînd acesta se impune, se pot obține ameliorări evidente ale potenței sexuale. Din numeroasele studii efectuate pe bărbați diabetici s-a apreciat că problemele apar la 30-50% din bolnavi și că numărul celor cu astfel de manifestări crește progresiv cu vîrsta, de la 5% la cei de 20-24 ani la 52% la cei după 55 ani (Mac Culloch, 1980). S-a mai semnalat frecvența mare a problemelor sexuale în neuropatia diabetică și la cei cu afecțiuni vasculare severe, coexistînd adesea cu modificări importante ale arterelor re-

tiniene (retinopatii). Deteriorarea funcției sexuale se instalează treptat, în decursul mai multor ani. Problema acută și supărătoare pentru bărbat o constituie scăderea duratei și frecvenței erecțiilor. Tulburărilor de erecție li se asociază, adeseori, dereglări ale mecanismelor ejaculatorii (ejaculare prematură și mai ales pierderea capacității de ejaculare, anejacularea). Cum era și de așteptat, oamenii de știință au reușit să descopere în cele din urmă cauza anejaculării — fenomen curios, rămas multă vreme inexplicabil. S-a aflat că în timpul ejaculării, sperma — în loc să fie proiectată înainte, de-a lungul uretrei — trece în vezica urinară (ejaculare retrogradă). Faptul se datorește neuropatiei locale, care determină slăbirea sfîncterului intern al gîtului vezical și incapacității sale de a împiedica refluxarea spermei în vezica urinară în timpul fazei de propulsie a lichidului spermatic. Deși anomalia ejaculatorie a fost semnalată și în alte situații, dealtfel rare (simpatectomie lombară, luarea îndelungată a unor medicamente), ejacularea retrogradă constituie o caracteristică a diabetului zaharat. Apariția sa pe neașteptate la un bărbat pînă atunci în putere constituie un semnal de alarmă, care îndreaptă atenția asupra existenței posibile a diabetului încă nedepistat. S-a crezut că hiperglicemia influențează negativ și puterea de fecundare. Or, observațiile existente dovedesc că posibilitățile de fecundare ale diabeticii sînt aceleași cu cele ale individului sănătos. Excepție fac cei cu ejaculare retrogradă, dar și în astfel de

cazuri sarcina este posibilă prin însămintarea soției cu spermă recoltată din vezica urinară. Numai în formele severe de diabet și la cei netratați se poate produce atrofierea testiculelor și pierderea activității lor, având drept consecință impotența și sterilitatea. Scăderea libidoului este mai puțin evidentă la diabetici și poate fi doar o simplă reacție psihologică la starea de boală.

Cauzele pierderii potenței la bărbatul diabetic nu sînt încă pe deplin elucidate. Este posibil ca la baza tulburărilor endocrine să existe mai mulți factori (vasculari, nervoși, psihici). Se știe că producerea și menținerea erecției normale este condiționată de integritatea circulației arteriale la nivelul organelor genitale. Utilizînd tehnici de explorare modernă (arteriografie), s-au găsit la unii bărbați diabetici cu tulburări sexuale modificări ale circulației arteriale (îngustarea și astuparea vaselor la nivelul corpurilor cavernoși). S-au mai descris scăderi ale presiunii sanguine în artera dorsală a penisului. Ejacularea retrogradă a fost explicată prin existența unor leziuni nervoase locale, ținînd seama de faptul că vezica urinară și penisul au inervație furnizată de căi nervoase comune.

Tulburările de potență ale diabeticienilor nu trebuie atribuite în întregime bolii metabolice. Mulți dintre cei bolnavi folosesc cantități de tranchilizante, antihipertensive capabile, la rîndul lor, să provoace declinul sexual. Evoluția acestor tulburări depinde și de: factori psihosociale, personalitatea individului, experiența sa anterioară sau de reacțiile partenerei la dificultățile sexuale ale bărbatului. În fine, starea depresivă sau anxietatea acestuia poate provoca inhibiții.

Scăderea potenței sexuale la bolnavii cronici renali a fost menționată, în trecut, doar ocazional, fără o explicație a dereglărilor sexuale. Studii mai tîrziu au fost întreprinse după introducerea, în anul 1960, a hemodializei și a transplantului de rinichi în tratamentul insuficienței renale cronice. Progresele înregistrate s-au datorat în mare măsură și utilizării metodelor de investigare radioimunologice, care au permis determinarea precisă a concentrației și fluctuației hormonilor în sînge. Se știe în prezent că rinichiul deține un rol de seamă în menținerea echilibrului endocrin prin secreția unor substanțe ca renina, eritropoietina, metaboliți ai vitaminei D, prostaglandine, el fiind totodată un loc important de degradare al hormonilor. Nu trebuie, deci, să ne mire constatarea că dereglările sexuale sînt obișnuite în uremie și că ele se accentuează pe măsură ce boala avansează. În decursul anilor s-a relatat o varietate de tulburări în sfera genitală, ca pierderea libidoului, reducerea intensității și duratei erecțiilor spontane, scăderea treptată a frecvenței relațiilor sexuale, atrofia testiculară, ginecomastie și infertilitate cu scăderea cantității de spermă, a numărului și a motilității spermatozoizilor. Dozările hormonale au furnizat indicații prețioase, în sensul scăderii producției de testosteron. Dacă regimul de dializă este instituit din vreme se pot obține ameliorări. Rezultatele sînt însă sensibil mai evidente după corectarea insuficienței renale prin transplant renal: ginecomastia dispare, hipogonadismul se remediază, iar capacitatea de pro-

creere se normalizează. S-au semnalat reveniri după administrarea de hormoni androgeni (testosteron) sau după preparate de gonadotropină corionică. Dat fiind efectul anabolic al testosteronului, s-a apreciat că dozele mari sînt în-deosebi eficace la adolescenții uremici, promovînd creșterea și dezvoltarea acestora și creînd o stare generală bună.

Situația bolnavilor renali se complică însă adeseori, deoarece obișnuiesc să ia, în mod cronic, medicamente (Guanetidină, Metildopa, Clonidină, Propranolol, Prazosin, antidepressive ș.a.). S-a constatat că efectul unora din aceste medicamente se exercită prin creșterea producției de prolactină, hormon hipofizar al cărui exces determină scăderea potenței sexuale. Așa se explică de altfel și succesele terapeutice obținute cu Bromcriptină, preparat care combate efectele nedorite ale surplusului de prolactină. Desigur că alături de boala renală există și alți factori răspunzători de declinul sexual al bărbatului (de exemplu, factorii psihici și depresiunea creată de boală, aportul caloric și vitaminic deficitar ca urmare a restricției alimentare, în-deosebi a celei proteice sau cauze vasculare, uremia putînd accelera procesul de ateroscleroză).

Este greu de explicat interesul minor acordat pînă nu de mult dereglărilor sexuale din cursul afecțiunilor cardiovasculare (hipertensiune arterială, ateroscleroză, cardiopatie ischemică), deși incidența maladiilor vasculare la adulți și vîrstnici nu este neglijabilă. Se știe că erecția este un proces eminamente vascular, fiind determinată de creșterea fluxului sanguin la nivelul penisului, ca urmare a congestiei și dilatării arterelor acestuia și a tumescenței structurilor erectile - corpi cavernoși și cei spongioși. Rolul mecanismelor vasculare în realizarea erecției și, deci, a actului sexual, este, așadar, incontestabil. Insuficiența erectilă este, dealtfel, manifestarea cea mai pregnantă a impotenței sexuale. S-a afirmat că după vîrsta de 35 de ani tulburările de potență cresc concomitent cu frecvența bolilor arteriale, iar la vîrstnici cauza cea mai importantă a declinului sexual și în special a slăbirii erecțiilor o constituie irigarea deficitară a zonei genitale. Este, de asemenea, cunoscută de mai multă vreme coexistența tulburărilor de potență la bărbații cu afecțiuni arteriale ocluzive ale membrilor inferioare (claudicație intermitentă). Un exemplu tipic îl constituie impotența provocată de astuparea trombotică arterială la nivelul bifurcației aortice, maladie cunoscută sub denumirea de „sindrom Leriche”.

O problemă care rămîne deschisă este aceea a modului de producere a tulburărilor sexuale în cardiopatia ischemică și în infarctul miocardic. Încă din anul 1964 s-a relatat că după un infarct miocardic circa 2/3 dintre bărbați au tulburări de erecție sau perioade îndelungate de abstenență sexuală. Pînă în anul 1980 s-a crezut că aceste manifestări sînt cauzate de reacții psihologice la boala cardiacă, fiind declanșate de starea de anxietate, de teama efectuării eforturilor fizice sau de teama revenirii infarctului. S-a mai constatat că problemele sexuale au precedat infarctul miocardic, fapt care a determinat pe unii cercetători să susțină că nereușitele sexuale re-

petate ar putea genera starea de tensiune psihică care poate deveni astfel factor causal în producerea bolii cardiace. Deosebit de interesante sînt rezultatele studiilor efectuate pe un grup de bărbați cu cardiopatie ischemică la care s-au depistat, cu ajutorul arteriografiei, astupări sau îngustări ale vaselor sanguine în corpii caverноși. Această constatare dovedește că boala ischemică nu se limitează numai la cord, ci poate cuprinde și alte zone arteriale.

Tratamentul tulburărilor sexuale constă, în primul rînd, în îngrijirea și corectarea afecțiunilor vasculare. Pe prim plan se situează terapia conservatoare, care are drept scop să minimalizeze și să prevină progresul leziunilor vasculare (arterioscleroză etc.) Aceasta se obține prin eliminarea factorilor de risc, ca fumatul, sedentarismul, supraalimentația, consumul abuziv de băuturi alcoolice. Îngrijirea diabetului și a hipertensiunii arteriale sînt măsuri terapeutice de deosebită importanță. La acestea se adaugă medicamentele cu acțiune vasodilatatoare, combinate cu hormoni androgeni și gonadotropi. În anul 1984 s-a atras atenția asupra rezultatelor neașteptate obținute în tratarea tulburărilor circulatorii severe ale membrelor inferioare (claudicație intermitentă, gangrenă) cu testosteron. Într-o clinică din Copenhaga s-au administrat bolnavilor

cu angină pectorală și claudicație intermitentă de 3 ori pe săptămînă esterii de testosteron, după care fenomenele s-au ameliorat simțitor iar gangrena s-a vindecat. Întrucît în afecțiunile cardiovasculară domină sistemul simpatic și starea de stress, ambele favorizînd îngustarea arteriolelor, s-a preconizat mișcare și activitate fizică cu efect dilatator asupra vaselor mici. Activitatea fizică trebuie însă adaptată la individ. După unii autori, aceasta ar crește chiar producția de hormoni sexuali. De aceea, antrenamentul fizic moderat ar putea constitui o formă de tratament mai ales la tineri. În consecință, se consideră că tulburarea circulatorie este o stare progresivă care poate fi încetinită prin administrare de testosteron combinată cu activitate fizică.

În cazul în care tratamentul medicamentos nu dă rezultate și sînt dovezi ale existenței unor obstrucții vasculare la nivelul penisului se poate recurge la refacerea chirurgicală a arterelor interne și hipogastrice sau la proceduri microvasculare cu anastomozare cu arterele profunde sau cele dorsale ale penisului. În astfel de situații s-au notat reușite cu restabilirea erecțiilor în 80% din cazuri.

Doctor în medicină

Madeleine MĂICĂNESCU-GEORGESCU

ÎN TRE VENUS ȘI MERCUR

„O noapte cu Venus, o viață cu Mercur” era gluma clasică în armata britanică pînă la începutul acestui secol. Ea făcea aluzie la faptul că un abandon, chiar scurt, în brațele plăcerii îi putea expune pe militari maladiilor venerice, mai ales sifilisului, al cărui tratament esențial în epoca amintită era absorbția orală a mercurului sau aplicarea unui unguent cu această substanță. Tratamentul era lung, efectele secundare foarte dezagreabile și puțini bolnavi se vindecau cu adevărat. La cei mai mulți boala își urma cursul, provocînd ulcere cutanate, atacînd oasele, inima și sistemul nervos, maladia evoluînd spre paralizie, nebumie și moarte.

Istoria este presărată de victime, mai mult sau mai puțin celebre, ale maladiilor venerice, purtători de stigmate uneori impresionate. În Scoția, la înce-

putul secolului al XV-lea, prostituatele atinse de maladii venerice erau marcate pe obraji cu fierul roșu și alungate din oraș. În Missouri (S.U.A.), la sfîrșitul secolului al XIX-lea, prostituatele infectate erau internate într-un spital al „Răului Social”. Medicii judecau starea lor ca o „răsplată” cuvenită imoralității. Totodată, se estimează că, în acea epocă, aproximativ 5 la sută din populația S.U.A. suferea de maladii venerice, în timp ce în Franța procentul atingea 17 la sută, iar printre militarii britanici 20 la sută.

Primele eforturi pentru a stăvilii marea incidență a acestor maladii au constatat în izolarea prostituatelor și nu în ajutorarea și vindecarea bolnavilor.

L.H.

CE CREZI DESPRE TELEVIZOR?

Cu această întrebare, redacția revistei ETERN din München (R.F. Germania) s-a adresat unui număr de 2 862 de copii între 5 și 10 ani. Din această anchetă vă prezentăm câteva răspunsuri:

— Când ne uităm la televizor, aproape toți ai mei adorm. Primul care adoarme e bunicul, apoi mama și cel din urmă tata. Când îi văd dormind, pun și eu sunetul mai tare; cu toții se trezesc și spun; „Vai ce frumos a fost!” (Hartmut, 10 ani)

— Când se transmit filme polițiste, cu crime, atunci eu mă așez în așa fel ca să mă pot ascunde după fotoliu când încep să tragă. (Wolfgang, 8 ani)

— De când ne pune la școală să ne uităm la emisiunea „Pentru școală”, consider televiziunea plictisitoare și timpită. Televizorul trebuie să ne distreze! Dar din emisiunile „Pentru școală” trebuie să și învățăm. De aceea televizorul mi-a devenit nesuferit. (Divk, 10 ani)

— Îmi place să mă uit la televizor fiindcă sînt mioapă și afară foarte multe lucruri le văd împăienjenite, cu umbre. Pe micul ecran parcă le văd mai clar. (Ina, 9 ani)

— Televiziunea este cea mai bună invenție din lume, mai bună ca siropul de coacăze sau guma de mestecat. (Bort, 6 ani)

— Când se transmit la televiziune meciuri de fotbal, atunci la noi e veselie mare. Tata țipă atît de tare, că mama trebuie să se ducă pe la vecini să le spună că tocmai s-a marcat un gol, să ne scuze și că speră că alte goluri nu se vor mai marca. (Michael, 7 ani)

— Va veni o vreme cînd în fiecare cameră va exista cîte un televizor. Atunci nu vor mai fi discuții. Vom putea urmări programul în pat sau chiar și la closet, cînd avem de stat mai mult acolo. (Peter, 9 ani)

— Televizorul ne arată din ce în ce mai mulți hoți și tâlhari. Ne arată multe crime și spargerii. Ne arată exact cum sînt făcute acestea. Nu mai e, deci, de loc de mirare că mulți încearcă să facă la fel. (Marie, 10 ani)

— Ultima oară cînd am avut gripă mi-a fost tare bine, căci părinții mi-au așezat televizorul lîngă pat. Abia aștept să fac din nou gripă! (Willy, 8 ani)

SCRIITORI... PACIENȚI

● Vasile Alecsandri era foarte prudent cu răcelile; uneori, mai și exagera. Așa, de pildă, în februarie 1884 venise la București pentru a asista la repetiția piesei sale „Fintina Blanduziei”, pusă în scenă la Teatrul Național. Cu toate că în sală era cald, el a urmărit jocul actorilor îmbrăcat în groasele-i haine de voiaj, cu căciula pe cap, vorbind în șoaptă la urechea regizorului și a cunoscuților. Bardul de la Mîrcești și-a motivat comportarea prin faptul că suferă de răceală și de... stingere de glas. „Stingerea de glas” era o laringită contractată în urma excesului de tutun.

● Plecînd de la semnificația numelui (balzac înseamnă stîncă, piatră de granit) și a faptului că tatăl său trăise în jur de 80 de ani, Hororé de Balzac nutrea convingerea că va trăi foarte mult. Dar nopțile de scris, excesele alimentare, viața dezordonată i-au epuizat curînd organismul, slăbindu-i inima. Ajuns pe patul de suferință, Balzac a acceptat toate tratamentele, sperînd într-o vindecare miraculoasă. Prea tîrziu însă! În august 1851, trecerea sa în posteritate avea să fie consemnată de bătrînul medic Naquaart — cel care asistasă și la nașterea sa.

● Poetul francez Lamartine ilustrează cazul omului care, handicapat de diverse maladii, a știut să-și „recîștige” propria-i viață. La numai 27 de ani sănătatea îi ridica probleme grave. Respectînd însă regimul de viață prescris de medici, poetul a mai trăit încă 57 de ani! Cînd a murit, în februarie 1869, Lamartine avea respectabila vîrstă de 84 de ani.

● Doctorul Iosif Dona — donatorul cunoscutei colecții de artă ce-i poartă numele — a fost medicul curant al mai multor celebrități românești

printre care, I.L. Caragiale și George Enescu. Comportamentul celor doi pacienți era însă total diferit. În vreme ce marele compozitor asculta cu răbdare sfaturile și dieta prescrisă de acesta, urmîndu-le întocmai, I.L. Caragiale, la sfîrșitul consultului izbucnea în proteste violente, strigîndu-i medicului că indicațiile sale sînt greu de respectat. Să fie numai o întîmplare faptul că I.L. Caragiale a trăit 61 de ani, în vreme ce George Enescu s-a apropiat de 80?...

● În ultimii ani ai vieții, lui Ion Marin Sadoveanu i se agravase boala de inimă, avînd dese și prelungite crize de angină pectorală, în urma cărora era transportat cu taximetru acasă, de la diferite evenimente culturale la care participa. Manifestînd o ciudată indiferență față de propria-i sănătate, scriitorul răspundea, în continuare, multipleror solicitări: conferințe, întîlniri cu cititorii prin toate orașele țării, documentări etc. De cite ori i se atrăgea atenția asupra gravității afecțiunii sale, răspundea invariabil: „Ori trece ea, ori trec eu, dincolo!” Necruțîndu-se, într-un început de februarie 1964,...

● Mihail Sadoveanu a dovedit o remarcabilă voință în îngrijirea sănătății. Fumător pasionat în ceasurile de trudă scriitoricească, în momentul apariției primelor semne de angină pectorală a renunțat la țigară. Odată, la ceas tîrziu, într-un club ieșean, cineva a pus pe masă o oală cu delicioase sărmăluțe moldovenești: „Servește, coane Mihai, pentru mata le-am adus”. Cum atunci era într-o cură de slăbire, renunțînd seara la bucate grele, scriitorul a privit indiferent spre mîncarea-i preferată rostind domol: „Eu noaptea nu mînînc așa ceva”.

Aurel CODREANU

MAPAMOND

● În Sparta exista un funcționar special angajat cu obligația „de serviciu” de a se... îmbăta în fiecare zi și de a merge apoi pe trei poteci prin cetate, pentru a arăta pe viu tinerilor ce înseamnă excesul de băutură.

● În 1366 existau la Paris 40 de bărbieri-chirurghi, constituiți într-o asociație de breaslă. Președintele ei îndeplinea și funcția oficială de „Șef al întregii bărbiereli și chirurgii din Regatul Franței”, fiind și Figarul suveranului.

● Băștinașii din preajma Fluviului Amazoanelor mănincă fără grijă păsările și animalele omorite cu săgeți muiate în curara, teribila otravă cu acțiune fulgerătoare: Explicația: sucurile stomacului uman neutralizează otrava din carnea vînatului.

● Pe la 1653, cardinalul Richelieu bea numeroase cești de cacao, fiind convins că ajută la ameliorarea durerilor de splină.

● Rossini a fost un mare conviv și gurmând. Către sfîrșitul vieții, el a compus – spre amuzamentul prietenilor – diferite piese pentru pian, reunite sub genericul „Păcatele bătrîneții”. Titlul unei asemenea compoziții: „Of, mazărea asta...”

● 833 de persoane – femei, bărbați, copii – au acceptat în cadrul unei experiențe să se expună țințarilor de pe malul unui lac din Anglia. Rezultatul: cele mai multe mușcături de țințari le-au suferit femeile – în special brunetele – iar cele mai puține bărbații blonzi.

● În Finlanda există un „Consiliu al senectuții”, format din 80 de persoane, fiecare avînd, obligatoriu, la alegerea sa peste 80 de ani. Președintele consiliului – fost schior – a „bătut” 105 ani.

● În secolul al XVIII-lea a fost înființată la Viena o maternitate specială pentru tinerele necăsătorite. Deviza personalului medical: discreție.

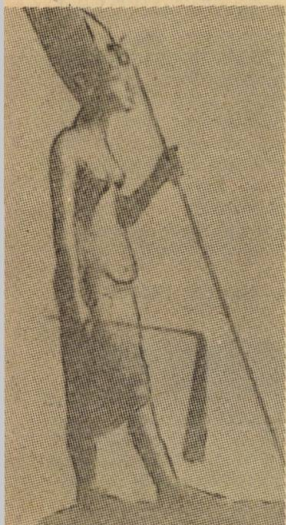
● Un test efectuat la universitățile din Oregon și Columbia (S.U.A.) a stabilit că bărbații se supără de 6 ori pe săptămînă, în vreme ce femeile, doar de 3 ori. Dar, în privința violenței enervărilor, cele ale femeilor întrec cu 50 la sută în intensitate pe cele ale bărbaților.

● Uneori, viețile gemenilor sînt și ele foarte asemănătoare. Astfel, gemenii Jim și Arthur Mawforth – născuți în 1909 în Anglia – au fost, amîndoi, excelenți aviatori, le plăcea muzica și literatura, s-au dovedit buni familiști, avînd cîșnicii liniștite, și au decedat în aceeași noapte de 23 martie 1975.

● Cercetătorii de la Universitatea din statul Ohio (S.U.A.) au ajuns la concluzia că risul provoacă o poftă sporită de mîncare. Oare de aceea nu prea rid săracii lumii a treia?...

● Cunoscutul cîntăreț grec Demis Rusos a slăbit spectaculos 60 de kg. Revenirea la greutatea normală s-a soldat cu două avantaje: întărirea sănătății subrezite și încasarea unei mari sume de bani de pe urma publicării cărții de succes în care (probabil că ați ghicit!) arată cum a reușit să slăbească atît.

● Spaniolul Jesus de Frutos, din Sevilla – 61 de ani – nu mai poate să doarmă de... 38 de ani. Cum nici o somitate medicală consultată nu i-a putut întrerupe permanenta stare de veghe, Frutos își petrece nopțile citind și ascultînd muzică.



POSSIBILELE SUFERINȚE ALE LUI TUTANKHAMON

Una din statuile lui Tutankhamon aflată la British Museum îl prezintă pe tînărul faraon egiptean sub o înfățișare care trădează serioase maladii genetice.

Este pregnantă o înfățișare tipică pentru ginecomastie (dezvoltarea excesivă a glandelor mamare la bărbat, specifică așa numitului sindrom al lui Klinefelter).

Apar, totodată, aspecte care dezvăluie o boală hepatică asociată cu ascită (acumulare de lichid în zona abdominală, peritoneală), fiind predominant un aspect tipic al formei hepatice a bolii Wilson (boală degenerativă cu caracter familial, care are la bază și o deficiență în metabolismul unui oligoelement — cuprul — și al aminoacizilor).

Din păcate, nimeni nu poate exprima nici o certitudine cu privire la suferințele lui Tutankhamon, deoarece procesele de mumificare aplicate în urmă cu atîtea mii de ani (Tutankhamon a trăit aproximativ între 1347—1338 î.e.n., fiind unul din faraonii care cu scurtă sa viață a încheiat dinastia a XVIII-a a Egiptului antic) împiedică efectuarea unor analize la nivelul cromozomilor, singurele care ar putea dezvălui deficiențele genetice ale faraonului.

BĂTRÎNETE ACTIVĂ!

Toți cei care se ocupă de problemele persoanelor în vîrstă — medici, psihologi, sociologi — sînt unanimi în a aprecia faptul că momentul încetării activității profesionale, respectiv pensionarea, reprezintă un moment de răscruce în viața fiecărui individ. Pentru unii, aceasta reprezintă un moment de eliberare, perioada ce urmează fiind folosită la rezolvarea unor treburi din gospodărie care au fost mereu amîinate din lipsă de timp sau pentru satisfacerea unor hobiuri. Pentru alții, pensionarea poate deveni o adevărată dramă; fiind obișnuiți cu un program de activitate strict, determinat de obligațiile de serviciu, nu sînt în stare să-și organizeze ei înșiși timpul („nu am ce face”), se simt inutili și pot ușor cădea pradă unor depresiuni psihice.

Desigur, acestea nu sînt decît situațiile extreme, între care se înscrie varietatea infinită a cazurilor individuale. Mulți „tineri pensionari” își găsesc noi rosturi în familiile copiilor lor, postul de bunic fiind întotdeauna dorit de ambele părți. Alții continuă să meargă și să-și valorifice experiența profesională și de viață în întreprinderile sau instituțiile la care au lucrat ori în organizațiile de masă și obștești, de această dată într-o calitate nouă, aceea de activist voluntar. În sfîrșit, alții, dintre cei care pe parcursul vieții active nu au încetat nici o clipă să se preocupe de îmbogățirea cunoștințelor, veșnic dornici să învețe lucruri noi, obișnuiți să fie în permanență conectați la actualitate, continuă să facă acest lucru cu aceeași pasiune.

În împlinirea dorinței acestora de a fi în pas cu viața, societatea noastră vine cu un ansamblu de instituții și mijloace, de la cele tradiționale, ale căror origini pot fi găsite încă din antichitate — avem în vedere bibliotecile —, pînă la cele ce reprezintă creații ale socialismului, cum ar fi casele de cultură și universitățile cultural-științifice. Organizează pretutindeni în țară, acestea din urmă reprezintă o formă modernă de educare a adulților. Ele sînt izvoare nesecate de știință și cultură, la care persoanele aflate în a treia perioadă a vieții se pot adăpa din plin.

Bineînțeles, toate cursurile organizate la aceste instituții sînt accesibile, în limita locurilor, și vîrstnicilor, dar sînt și cursuri, cluburi, cercuri de dezbateri, lectorate destinate în exclusivitate acestora. Așa, de exemplu, în cadrul Universității cultural-științifice a municipiului București înființează de mulți ani, cu un remarcabil succes, așa-zisul **Lectorat de dimineață**, care și-a cîștigat un auditoriu statornic. Organizat în colaborare cu Comisia pentru răspîndirea cunoștințelor științifice și tehnice a municipiului București, Comitetul municipal al femeilor București și Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie, lectoratul se desfășoară de două ori pe lună, vinerea dimineața, avînd următoarele direcții tematice:

I. **Probleme de biologie și medicina vîrstnicilor**, la care medici de diferite specialități tratează cu prioritate patologia de vîrstă, punînd ac-

centul pe profilaxie și pe terapia naturistă, care este lipsită de agresivitatea specifică chimioterapiei.

II. **Relația părinți — bunici — nepoți**, care urmărește să precizeze rolul vîrstnicilor în familie de pe pozițiile pedagogiei moderne.

III. **Lumea azi**, cu o inepuizabilă tematică politică, socială, științifică, tehnică, cultural-artistică etc.

IV. **Călători români pe meridianele globului**.

V. **Breviarul vieții culturale bucureștene**, la care critici de film, de teatru, muzicali etc. vin cu regularitate și le recomandă cursanților filmele, piesele de teatru, concertele, expozițiile ce au loc în capitală într-o anumită perioadă.

Ceea ce este specific lectoratului este permanentul dialog dintre cursanți și organizatori, de unde rezultă un program extrem de variat și interesant, completat de fiecare dată cu cîte un film inedit și de... o surpriză: invitatul lectoratului.

Întreaga activitate a Lectoratului de dimineață se desfășoară sub generosul generic „Vîrsta a III-a în pas cu actualitatea”, care corespunde întru totul atît intereselor vîrstnicilor, cît și ale societății noastre.

O altă activitate recomandată de medici și apreciată de către vîrstnici o reprezintă excursiile. Ele au valențe multiple, influențînd pozitiv starea fizică și psihică, înviorînd funcțiile activității nervoase superioare, ameliorînd socializarea bătrînilor, care, se știe, au o tendință marcantă spre însingurare. O.N.T. „Carpați” oferă o gamă variată de excursii în țară și străinătate, pe durate variabile. De asemenea, în mod special pentru pensionari și la prețuri accesibile, organizează excursii Oficiile de pensii ale Direcțiilor pentru muncă și ocrotiri sociale, precum și Casele de ajutor reciproc ale pensionarilor. Deci, posibilități multiple de care ar trebui să profite cît mai mulți vîrstnici.

Și să nu uităm lucrul cel mai simplu și la îndemîna tuturor: cît mai multă mișcare în aer liber, pentru care au pledat prea mulți, de la Hipocrate și pînă în prezent, pentru ca să o mai facem și noi.

Constantin POPOVICI





NOI ȘI BUNICII NOȘTRI

Un mare gînditor considera, acum mai bine de trei secole, că medicinei îi revin trei mari sarcini: păstrarea sănătății, vindecarea bolilor și prelungirea vieții. Acest din urmă obiectiv, la realizarea căruia, în afara științelor bio-medicale, a contribuit și îmbunătățirea condițiilor social-economice și progresul tehnic, a devenit o realitate a epocii noastre. Creșterea duratei medii de viață, indicator al calității vieții, a înregistrat o accelerare spectaculoasă în ultimele patru-cinci decenii, ceea ce a făcut ca într-o perioadă istorică relativ scurtă omul să cîștige decenii de viață activă. Aceasta a determinat ca prelungirea vieții să devină unul dintre obiectivele politicii sanitare; fiindcă aspirația de a atinge vîrste înaintate, de a rămîne sănătoși și utili, capabili de performanțe fizice și intelectuale de o calitate cît mai înaltă nu este numai o veche și firească aspirație a omului ca individ, ci și a societății.

De aceea, medicii — în primul rînd ei, fiindcă rolul lor profesional și misiunea lor socială este de cunoaștere și promovare a sănătății, de combatere a bolii — dar și biologii, sociologii, psihologii, educatorii, cercetînd fenomenul îmbătrînirii, se angajează în găsirea soluțiilor de ameliorare a calității vieții vîrstnicului — premisă a menținerii integrității sale în viața de familie și în societate, a conservării independenței sale biologice și sociale, aceștia, la rîndul lor, factori care se opun îmbătrînirii premature, îmbătrînirii grevate de neputință și îmbolnăviri. Dar acest efort nu are sorți de izbîndă dacă nu asociază participarea activă a vîrstnicilor înșiși la înțelegerea, să le zicem, a „bătrînirii”, adică a celor ce nu sînt încă bătrîni.

Trecînd pe scurt în revistă contribuțiile celor trei părți care concurează la îmbunătățirea calității vieții în cea de-a treia etapă a ciclului vital al omului, urmărind ceea ce cu un termen foarte sugestiv și inspirat s-a numit „bătrînețe verde”, vom observa că mijloacele de acțiune ale celor care, prin specificul profesiei, au între obiective și problemele vîrstnicului, includ: cercetarea fundamentală a procesului de îmbătrînire, cu aplicarea în practică a datelor de cercetare, progresele practicii medicale de îngrijire a sănătății și combatere a bolilor, principiile gero-igieniei și gero-profilaxiei, educația sanitară de profil privind comportamentul prolongativ.

Contribuția vîrstnicilor înșiși nu-i mai puțin im-

portantă. Problema esențială este aceea de „a ști”, de „a învăța să îmbătrînești”, pentru că astăzi se vorbește de o geragogie, o pedagogie corespunzătoare acestei etape a vieții. În esență, îmbătrînirea, pentru cel care pășește în această perioadă, se rezumă, înainte de toate, la edificarea unei concepții. Astăzi privim bătrînețea ca pe un fenomen biologic universal, care, în datele sale primare, este un proces fiziologic și natural și nu unul morbid, ideea bătrîneții-boală aparținînd istoriei concepțiilor despre îmbătrînire. Trebuie să ne pregătăm deci să o privim nu ca pe o dramă, ca pe o catastrofă, ci ca pe o etapă firească a vieții, care, ca și celelalte vîrste, are avantajele și dezavantajele ei. Nu trebuie să o identificăm neapărat cu bolile, deși, e drept, îmbolnăvirile pe terenul ei pot fi mai frecvente; nu trebuie să o identificăm obligatoriu cu declinul, pentru că, așa cum au arătat cercetările științifice mai recente, și de fapt și unele observații foarte la îndemînă, dacă unele funcții și capacități pot regresa, altele se mențin pînă la vîrste înaintate, iar unele pot chiar, la vîrsta senectuții, să înregistreze creșteri. Scad progresiv capacitățile fizice, capacitatea de adaptare la schimbări diminuează, dar aceasta poate fi consolidată prin autoeducație; în schimb, funcțiile intelectuale nu sînt afectate de procesul de îmbătrînire, performanțele lor fiind asemănătoare cu cele ale tinerilor și adulților.

O înțelegere mai bună a impactului îmbătrînirii asupra funcțiilor cerebrale este necesar să pornească de la unele date ale cercetării științifice de specialitate, care împarte funcțiile cerebrale în „fluide” și „cristalizate”; dacă cele fluide sînt afectate de un declin nesemnificativ peste 60 de ani, cele cristalizate, adică abilitatea persoanei de a utiliza informația acumulată în vederea efectuării judecății și rezolvării problemelor, nu se modifică și pot chiar să crească odată cu vîrsta, ceea ce conferă persoanei vîrstnice premisele păstrării capacității de adaptare, a posibilităților de inserție socială și de integrare în structurile sociale. S-a constatat, de asemenea, un alt fapt, la fel de optimist, care vine să combată unele credințe și concepții anterioare: vîrstnicii conservă capacitatea de a învăța. Aceasta a făcut ca în multe țări să apară așa-zisele universități geriatrice, forme de învățămînt popular, post-profesional, care, pe lîngă faptul că permit vîrstnicilor să-și valorifice

capacitatea de activitate și mențin exercițiul intelectual, au și avantaje sociale, favorizînd valorificarea capacității de muncă, de activitate a acestei categorii populaționale în interesul colectivității, promovînd imperativul contemporan al longevității active. De fapt, un învățat a spus: „Atît timp cît ne instrui, nu putem îmbătrîni” (Hegés-Heiner). A. Maurois, în același sens, conchide: „A îmbătrîni este un obicei rău, pe care un om activ nu are timp să-l deprindă”. Și, cu aceste gînduri, să reținem un principiu esențial pentru a ajunge la o „bătrînețe verde” asupra căreia insistă toți educatorii care se adresează vîrstnicilor: activitatea fizică și exercițiul intelectual continuu. Fiindcă, așa cum s-a afirmat pe bună dreptate, omul este singurul animal care poate interveni asupra duratei vieții sale fie crescînd-o, fie, din nefericire destul de des, scurtînd-o. Și aceasta se întîmplă, evident, atunci cînd se adoptă un mod de viață defectuos, care nu ține seama de principiul enunțat mai sus, mod de viață care cultivă nu cumpătarea ci abuzurile, fiindcă nu și-a făurit o concepție rațională, firească despre această etapă a vieții.

Dar, spuneam la începutul acestor rînduri, la promovarea unei îmbătrîniri armonioase concură și un al treilea factor aparent neimplicat în acest lanț; numai aparent, pentru că, după cum vom vedea, reprezintă și el o verigă importantă — opinia și, consecutiv, conduita vizavi de vîrstnici a nevîrstnicilor. Această conduită se poate construi pornind de la însușirea următoarelor adevăruri: bătrînilor le datorăm foarte mult și, înainte de toate, faptul că noi, cei nevîrstnici, sîntem, existăm și ne bucurăm de viață; ei sînt părinții și bunicii noștri, sînt tinerii de ieri, sîntem noi, cei de mîine.

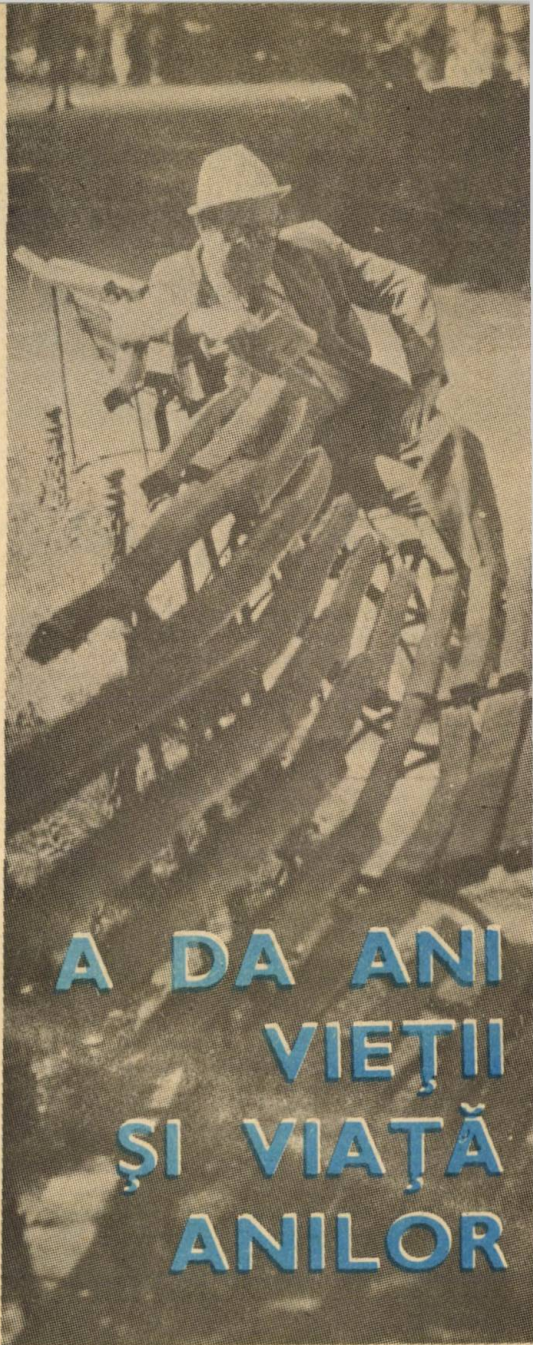
Ei ne cer, cu simplitate și sfilă, atît de pușin, și acest pușin este imperios vital pentru ei! Căci ce vor în fond? Vor să nu-i uităm, să nu-i izolăm, să le zîmbim; fiindcă nu este nimic mai trist pe această lume decît un bătrîn singur, observa un gerontolog sensibil.

Atenție, respect, căldură, pușină afecțiune, un cuvînt bun — constituie toate acestea un preț atît de mare pentru tot ceea ce le datorăm? Este adevărat că alteleori ne pretind „mai mult”: să-i îngrijim că sînt bolnavi (și nu trebuie să ne surprindă sau să ne supere că ei sînt, în mod firesc, mai des bolnavi), să le compensăm neputințele și infirmitățile, ajutîndu-i să facă față solicitărilor fizice care adesea le întrec puterile ostenite.

Dar, poate lucrul cel mai important pe care li-l putem oferi, ca o răsplată pentru ceea ce au făcut și ei la rîndul lor pentru noi, este să-i înțelegem; să avem răbdare și tact, să le trecem cu vederea micile capricii și ciudățeniile pe care ei ar dori să nu le aibe. Și să le acordăm încredere. Ei pot face încă multe, ne pot fi utili; experiența și înțelepciunea lor pot să ne ajute, este o resursă ce trebuie valorificată.

Iată, așadar, cît este de necesară atitudinea noastră față de bătrîni, atitudine care se constituie într-un tonic vital foarte prețios, într-un medicament pentru cei bolnavi. Și această atitudine naște din firescul cel mai omenesc și nu necesită nici un fel de efort.

Dr. Constantin BOGDAN



A DA ANI VIEȚII ȘI VIAȚĂ ANILOR

Pe la începutul secolului nostru durata medie a vieții a crescut în țările avansate cu peste 35 de ani, atîngîndu-se astăzi cifre record: 77 — 78 de ani în Japonia, Elveția, Islanda. Acest spor a fost posibil grație scăderii considerabile a mortalității infantile, a bolilor infecțioase și a altor factori de risc major pentru viața omului. În același timp, însă, cercetări ex-

trem de riguroase au dovedit că în prezent longevitatea anumitor persoane până în apropierea vârstei de 120 de ani este o foarte rară excepție pentru specia umană. Dacă am reuși, ipotetic, să eradicăm mortalitatea prin boli cardiovasculare și neoplazice, speranța de viață ar crește cu numai aproximativ 10 ani; în schimb, asupra limitelor maxime ale supraviețuirii umane acest fenomen nu va avea nici un efect. Pentru realizarea acestui deziderat ar fi necesar să se „rupă” anumite bariere genetice specifice. În această problemă nu trebuie însă să afișăm nici un optimism excesiv, dar nici un pesimism sumbru, ci să ne îndreptăm atenția asupra stadiului cercetărilor din domeniul geneticii moderne, a biologiei moleculare.

Speranțele pentru prelungirea limitelor naturale de viață sînt legate de: descifrarea codului genetic al omului, descoperirea mecanismului de transmitere a caracterelor ereditare, ingineria genetică ș.a., prin care s-ar putea contura o concepție mai profundă asupra fenomenului vieții. Dar, adesea, aceste progrese suscită o euforie exagerată, manifestată prin previziuni deosebit de optimiste și, cel mai adesea, nejustificate, de domeniul miracolului.

În realitate, s-a dovedit că îmbătrînirea nu se datorează unui anumit hormon, nici unei „gene sinucigăse”, care, la un moment dat, se trezește și devine activă. Dacă ar fi așa și s-ar reuși identificarea substanței „vinovate”, dacă s-ar descifra structura ei chimică și s-ar pune la punct un „antidot”, totul ar fi foarte simplu. Dar, din păcate, fenomenul îmbătrînirii este mult mai complex.

Se știe că durata vieții este foarte „rigidă”, ea variind în limite foarte mici la aceeași specie. Astfel, nu vom găsi niciodată în natură șoareci care să trăiască 10 ani sau ciini care să trăiască cit omul. În imensa majoritate a cazurilor, durata vieții umane este substanțial scăzută — față de cea biologică, genetică, proprie speciei umane — nu datorită evoluției procesului fiziologic de îmbătrînire pînă la ultimele resurse vitale ale omului, ci din cauza bolilor bătrîneții, a patologiei cronice și degenerative. Se consideră astăzi că progresele în domeniul prevenirii și combaterii bolilor cardiovasculare sau a cancerului nu sînt posibile fără progresul cunoștințelor referitoare la mecanismele îmbătrînirii sau la corelațiile dintre îmbătrînire și diferite boli.

Gerontologul sovietic V. Frolkis consideră că fundamentul gerontoprofilaxiei, în perspectivă, constă în încetinirea ritmului fenomenului de îmbătrînire. Cercetările efectuate în ultimele decenii au dat naștere la numeroase substanțe chimice cu proprietăți „gerontoprotectoare”. Gerontologia experimentală dispune deja de o serie de produse care pot crește, într-o proporție variind între 20 și 100 la sută, durata de viață a animalelor cu sînge cald, categorie biologică din care face parte și omul.

În aceste condiții, se ridică întrebarea: de ce gerontologii nu se grăbesc să transpună rezultatele acestor experiențe de laborator la om? După opinia lui V. Frolkis, există mai multe motive care pot explica prudența cercetătorilor. În primul rînd, trebuie determinat cu exactitate „prețul” pe care-l cere longevitatea, deoarece calitatea vieții are cu atît mai multă importanță, cu cît crește numărul anilor, iar scopul gerontologiei nu este numai de a da ani vieții, ci și de a da viață



anilor. Or, pentru a ști cît îl „costă” pe organism această „naștere impusă”, trebuie analizate detaliat toate implicațiile posibile. În al doilea rînd, majoritatea produselor disponibile sînt experimentate pe animale cu viață scurtă, de unde necesitatea de a stabili în ce măsură efectele obținute se mențin în cursul unei vieți omenești, care este relativ lungă pe scara biologică. În al treilea rînd, spre deosebire de animale, la om intervin numeroase particularități și condiții ale cadrului său psiho-social care trebuie luate în seamă. În sfîrșit, în al patrulea rînd, trebuie să așteptăm un timp mult mai lung pe scară experimentală pentru a concluziona.

Gerontologii își pun mari speranțe în coborîrea temperaturii corporale, care determină încetinirea ritmului de desfășurare a proceselor biologice. S-a demonstrat experimental că o scădere a temperaturii corpului cu 2,5° C poate prelungi viața cu 50 la sută. De asemenea, s-au pus la punct inhibitori ai aparatului genetic care încetinesc desfășurarea alterărilor datorate vârstei, prin care se poate prelungi mult viața. O astfel de metodă nu înseamnă însă reanimare, nici prelungire a unei stări de decrepitudine senilă. Astăzi se pune un accent deosebit mai ales pe prelungirea perioadei de „tranziție”, care precede îmbătrînirea, și în care omul se găsește în plenitudinea aptitudinilor sale fizice și ale creativității.

Dar, ca întotdeauna, lucrul cel mai simplu se dovedește și cel mai eficient. Asemenea efecte se obțin și printr-o alimentație redusă în calorii, cu condiția să fie de bună calitate și echilibrată, realizîndu-se astfel o stare de hipodinamie confortabilă pentru viață. Cu cît este mai bogată în calorii alimentația populației vîrstnice, cu atît sînt mai evidente alterările aparatului cardiovascular. Și astăzi rămîne valabil anticul aforism hipocratic, care spune că „pentru prelungirea vieții omul are nevoie de gimnastică echilibrată, aer proaspăt și plimbări”.

Evident, lupta pentru prelungirea vieții continuă, dar, în același timp, trebuie să facem în așa fel încît s-o folosim rațional pe cea de care dispunem, să nu-i scurtăm în mod artificial durata printr-un mod de viață nerațional sau dezechilibrat.

Dr. René DUDA

PROBLEME ȘI... REMEDII

SCĂDEREA AUZULUI

Pe parcursul vieții pierderea auzului, totală sau parțială, constituie o infirmitate atît prin dificultatea posibilității de conversație, cît și prin riscul accidentării. Scăderea de auz (hipoacuzia) creează celui în cauză un sentiment de inferioritate și o stare de complexare, nemaiputînd recepționa nici strigătul de ajutor și nici bucuriile muzicii.

Din punct de vedere al structurii, organul auditiv al omului este format din trei părți: urechea externă, urechea medie și urechea internă.

Urechea externă cuprinde pavilionul, care se continuă pînă la timpan cu conductul auditiv extern, al cărui înveliș cutanat conține glande cu secreție ceruminosă. Pavilionul urechii, datorită neregularității de pe suprafața sa, favorizează recepția sunetelor din toate direcțiile.

Urechea medie este o cavitate plină cu aer, numită „casa timpanului”, situată în osul temporal. Pe peretele extern al acesteia se găsește timpanul — o membrană de formă ovalară —, ce separă urechea externă de urechea medie. Casa timpanului este despărțită de urechea internă prin peretele intern, în care se găsesc două orificii: **fereastra ovală** sau **vestibulară**, acoperită de o membrană (prin intermediul căreia casa timpanului comunică cu vestibulul) și **fereastra rotundă**, mai mică, acoperită de o membrană (prin intermediul acesteia, casa timpanului comunicînd cu rampa timpanică a melcului). Oscioarele urechii, care se găsesc aici, sînt în număr de trei: **ciocanul**, **nicovăla** și **scărița**, ce sînt legate între ele prin articulații și prin ligamente, care le susțin în poziția optimă. Ele servesc la transmiterea către lichidul din urechea internă a vibrațiilor timpanului, datorită undelor sonore recepționate de urechea externă. Casa timpanului face legătura cu nazofaringele printr-un canal numit „trompa lui Eustache” sau tuba auditivă. Rolul ei constă în menținerea aceleiași presiuni pe cele două fețe ale timpanului, prin echilibrarea presiunii aerului din casa timpanului cu aerul din exterior.

Urechea internă, denumită și labirint, se găsește situată în grosimea osului temporal, și se compune din: **labirintul osos**, ce comunică spre exterior cu fereastra ovală și fereastra rotundă, iar spre interior cu cavitatea craniană, printr-un conduct auditiv intern prin care trece nervul acustico-vestibular spre creier; **canalele semicirculare osoase** și **melcul osos**, format dintr-un

canal în formă spirală de două ture și jumătate în jurul unei axe centrale, numită **columelă**.

În interiorul labirintului osos, de care este separat printr-un spațiu în care se găsește un lichid numit **perilimfă**, se află **labirintul membranos**, format din două vezicule — **utrícula** și **sacula** —, ambele conținînd **endolimfă**.

Canalele membranoase, situate în canalele semicirculare osoase, împreună cu utrícula și sacula formează aparatul vestibular.

CUM SE FORMEAZĂ SENZAȚIA AUDITIVĂ?

Vibrațiile sonore din mediul ambiant sînt recepționate de către pavilionul urechii, care le transmite timpanului prin conductul auditiv extern. Vibrația timpanului este transmisă oscioarelor din urechea medie prin intermediul scăriței, de unde este propagată la membrana ferestrei ovale și de aici perilimfei. Mișcările oscilatorii ale perilimfei stimulează „organul lui Corti” și prin „nervul Cohler”, ramură a nervului acustico-vestibular, impulsul ajunge la centrul auditiv din scoarța cerebrală, unde se produce senzația de sunet. Acest organ, atît de sensibil și de delicat, trebuie protejat atent și îngrijit cu competență și consecvență atunci cînd se îmbolnăvește pentru a nu se ajunge la surditate.

Cauzele care produc scăderea auzului sînt multiple și variate, putînd fi contractate în diferite etape ale vieții. Nasul este cel mai adesea cauza suferinței urechii, deoarece prin el se aerisește urechea și tot de la el se poate transmite infecția.

BOLI ALE URECHII MIJLOCII

Otita medie catarală acută, care poate apare la orice vîrstă, este una din cauzele hipoacuziei fie prin complicații supurative, fie prin cronicizare, cu formare de citatrici și timpanoscleroză. Cauza bolii o constituie atît frecvența inflamațiilor rino-faringiene, cît și schimbările bruște ale presiunii atmosferice, așa cum se întîlnește la scafandri, aviatori etc.

Otita medie catarală cronică, rezultată din neînlăturarea cauzelor otitei catarale acute descrisă mai sus. Repetarea acestor otite sau tratarea lor necorespunzătoare au, în final, același rezultat — hipoacuzia.

Otita medie supurată acută, cauzată de un proces infecțios supurativ localizat în urechea mijlocie, care, în raport de virulența microbiană, rezistența organismului și calitatea tratamentului administrat poate duce la perforarea timpanului, cu prezența și scurgerea de puroi prin conductul auditiv în urechea externă. Neglijată, supurația se poate croniciza și permanentiza, situație în care pierderea de auz este mai ușoară decît alte multiple complicații.

Otoscleroza, mai frecventă la femeile aflate în a doua jumătate a vieții, este o boală ce duce la scăderea de auz treptată și bilaterală. Este produsă prin osificarea anumitor repere anatomice din urechea medie, care în mod normal sînt membranoase, deci elastice, vibrația produsă de undele sonore nemaiputîndu-se transmite și percepe. Este condiționată de factori adesea ereditari, neuroendocrini și metabolici.

TULBURĂRI ALE URECHII INTERNE

Sindromul Menière apare la adulți (30—60 ani), avînd cauze insuficient precizate, și evoluează în crize succesive (amețeli, grețuri, zgomote în urechi, scădere de auz).

Trauma acustică este hipoacuzia sau surditatea produsă de zgomot, ce pătrunde din ce în ce mai mult în viața noastră cotidiană. Astăzi, datorită numeroaselor surse care îl produc, zgomotul nu mai apare ca un factor de mediu ocazional. A trecut vremea orașelor liniștite, cînd singurele surse de zgomot mai importante erau sirenele fabricilor și locomotivelor; poluarea fonică produsă de tropotul cailor pe caldarîm constituia doar un element de decor sonor. Progresul tehnic în cele mai variate domenii a adus, pe lîngă realizările remarcabile ce ilustrează capacitatea nelimitată a inteligenței umane, și un adevărat „inamic public” — poluarea sonoră. Cercetările medicale pun astăzi în evidență hipoacuzia produsă de medii în care trăiește și lucrează omul contemporan. Să nu mai vorbim de surditatea produsă prin expunere timp îndelungat la zgomot, cea mai frecventă fiind surditatea profesională. Este vorba de o boală profesională care, prin suprasolicitarea urechii dincolo de pragul fiziologic, duce la modificări și remanieri ireversibile la nivelul urechii interne.

Presbiacuzia este un fenomen fiziologic legat de îmbătrînirea generală a organismului. Dintre organele de simț, urechea este cea care îmbătrînește precoce, începînd de la vîrsta de 40—45 de ani. Este vorba de un proces lent, datorat vîrstei, modificările anatomice aparînd în analizatorul auditiv începînd de la urechea externă și pînă la centrul acustic de pe scoarță. Se produce o atrofie și timpanul devine albicios, scleros, oscioarele pot prezenta o degenerescență calcară, care să intereseze și fereastra ovală (pe unde se transmite sunetul la urechea internă, și de aici la scoarța cerebrală), ducînd la o osificare a oscioarelor din urechea medie. La vîrstnici, procesul de îmbătrînire a țesuturilor, leziunile cele mai importante se găsesc în urechea internă, o scleroză cu calcifierea țesuturilor. De asemenea, leziuni importante se mai găsesc în segmentul nervos al analizatorului: un proces de atrofie senilă, cu distrucția progresivă a fibrelor nervului acustic, un proces de scleroză cerebrală, care, de fapt, interesează întregul sistem nervos central și segmentul nervos al analizatorului auditiv. În această situație, individul cu hipoacuzie instalată sesizează la început o jenă în a auzi sunete de tonalitate înaltă, dificultatea de a înțelege o conversație cu mai multe persoane sau într-un loc zgomotos, dificultatea de a auzi la teatru sau într-o sală de conferințe, care progresează treptat. Tonurile pure, zgomotul străzii, sunetul telefonului sînt mai bine auzite decît vocea. Pres-



biacuzia evoluează, mai mult sau mai puțin repede, în raport cu particularitățile individuale.

În general, oamenii mai în vîrstă, în necunoștință de cauză, poartă discuții cu medicii specialiști O.R.L., căutînd să-i convingă ei pe medici și nu medicii pe ei, cum că hipoacuzia pe care o prezintă nu poate avea altă cauză decît un dop de cerumen, solicitînd în mod expres spălături în ureche.

În cazul dopului de cerumen, datorat hipersecreției glandelor cerumenoase din conductul auditiv, acesta nu apare în timp, ci brusc, după o baie sau după toaleta de dimineață: dopul de cerumen absoarbe apa care pătrunde în ureche, se umflă și obturează conductul auditiv extern, producînd hipoacuzia. Diagnosticul și măsurile ce se impun sînt stabilite de medicul specialist O.R.L.

Din cele relatate, rezultă necesitatea profilaxiei auzului; din copilărie încă, trebuie luate toate măsurile pentru ca urechea să nu sufere, fapt ce face ca hipoacuzia să apară cit mai tîrziu. Otitele medii acute și cronice se tratează sub controlul medicului specialist O.R.L., inclusiv indicația chirurgicală a patologiei nasului (vegetații adenoidice, polipi, deviații de sept etc.), care generează suferințe auriculare. Perforația lărgită a timpanului beneficiază de timpanoplastie. Otoscleroza, prin progresele realizate în cofochirurgie, beneficiază de operație; la fel vertijele din sindroamele labirintice. Trauma sonoră, ce duce la o scădere ireversibilă a auzului, impune aplicarea riguroasă a măsurilor de profilaxie, de protecția muncii la cei care lucrează în medii cu zgomot intens. Presbiacuzia, și ea ireversibilă, apare la vîrste diferite, în raport cu trecutul patologic al urechii și particularitățile biologice ale fiecărui organism. Un mod rațional de viață, muncă și alimentație previne hipertensiunea arterială și bolile endocrine, creșterea colesterolului etc., care sînt cauzele ce duc la hipoacuzie.

Metodele moderne de înregistrare a auzului sînt un ajutor prețios în aprecierea stării prezente și a evoluției unei hipoacuzii. Ele sînt de neprețuit în corectarea auzului prin folosirea protezelor auditive. O tehnică modernă de investigație și tratament este pusă în slujba pacienților la Centrul de fonoaudiologie din București, unde există un laborator adecvat și specialiști în acest domeniu.

Dr. Jorel BRATOSIN
medic specialist O.R.L.

ADENOMUL DE PROSTATĂ

Sub numele de adenom de prostată se înțelege dezvoltarea în prostată de mase glandulare benigne, care, deformînd uretra, creează un obstacol în evacuarea urinei.

Prostata este o glandă anexă a aparatului genital, situată sub vezică în jurul porțiunii inițiale a uretrei. Ea secretă, împreună cu vezicula seminală, un lichid numit plasma seminală, care asigură hrană extracelulară pentru spermatozoizi.

În geneza adenomului de prostată s-a incriminat o origine endocrină, întrucît apare la bărbatul în vîrstă (după 50—60 de ani), dar ipoteza nu este încă demonstrată și eșecurile terapeutice cu diverși hormoni nu permit încă să se considere adenomul ca o consecință a senescenței.

Primele sale manifestări sînt urinare: încep să apară micțiuni nocturne, spre dimineață, jetul întârzie și bolnavul trebuie să se forțeze pentru a începe să urineze. Întîrzierea poate fi mai pronunțată, jetul apărînd după ce bolnavul s-a plimbat puțin prin cameră. Forța jetului scade și, cu vremea, acesta este proiectat tot mai slab, aproape de încălțăminte. Uneori, jetul se poate întrerupe și apoi reapărea. De asemenea, el este deformat, subțiat. Bolnavul are senzația că nu a golit complet vezica. Toate aceste fenomene sînt produse de congestia masei adenomatoase sub influența poziției orizontale din pat. Dimineața, după sculare și după 2—3 micțiuni, aceste fenomene aproape dispar și bolnavul are senzația că și-a golit complet vezica. Tulburările urinare nocturne reapar în cursul zilei dacă bolnavul stă multă vreme așezat pe scaun, dacă este expus la frig sau dacă nu satisface repede nevoia de a urina. Pot apărea și erecțiuni matinale, pasive, care cedează după părăsirea patului.

În timpul zilei, uneori, nevoia de urinare este imperioasă, cere satisfacerea imediată a micțiunii. Dar cum jetul întârzie să apară, efortul depus devine dureros, penibil. Bolnavul mai poate prezenta și o senzație de greutate în anus, rect și perineu sau chiar senzația de corp străin în rect. Toate aceste fenomene sînt produse de congestia prostatei.

În această perioadă, de început, starea generală a bolnavului este bună. Prin creșterea progresivă a adenomului, care jenează din ce în ce mai mult micțiunea, evacuarea urinei se face tot mai greu. Vezica luptă, un timp, cu succes, împotriva acestui obstacol, prin îngroșarea stratului său muscular. Cu vremea, însă, obosește, evacuarea începe să se facă incomplet, după micțiune rămînînd urină (= reziduu) în vezică, la început în cantitate redusă, apoi din ce în ce mai mult (50—100—200 ml). Congestia prostatei mărește această cantitate și un tratament adecvat reușește să o diminue.

Odată cu apariția reziduiului crește frecvența micțiunilor în timpul zilei. Cînd reziduu este mai mare (300—500—800 ml), frecvența micțiunilor devine tot mai accentuată (la 10—20—30 de minute) sau bolnavul devine incontinent (pierde

permanent urină). În această fază, starea generală începe să se altereze. Reziduu vezical împiedică o bună evacuare a urinei produsă de rinichi; ureterele și cavitățile renale încep să se dilate, funcția renală se îndeplinește din ce în ce mai greu, ureea începe să crească (=azotemie), apare lipsa poftei de mîncare, o sete intensă, constipație sau diaree. Bolnavul slăbește și are pielea uscată. Aceste forme avansate de incontinență și de azotemie, din fericire, se observă azi tot mai rar, datorită adresabilității crescute la medic, care precizează diagnosticul în faze timpurii.

Evoluția adenomului de prostată este imprevizibilă. Uneori, bolnavii se opresc indefinit în faza de început, de tulburări micționale. Alteori, se pot produce complicații, ca, de exemplu, o retenție completă de urină. Aceasta apare după o răceală, după o îndepărtare de regim, după o reținere prelungită de a urina, după ingerarea de băuturi alcoolice etc. Ea poate ceda după un sondaj; dacă se menține, necesită un tratament operator sau o sondă uretrală permanentă, care asigură golirea vezicii. Altă complicație este hematuria, care poate fi produsă de ruperea micilor vase din vezică, ce acoperă adenomul în partea lui superioară, sau de calculi vezicali, rezultați din urina care stagnează în vezică. Infecția constituie o altă complicație a adenomului, și ea poate fi localizată în vezică (cistită), testicul (orhi-epididimită), rinichi (pielonefrită).

Un bolnav trecut de 50 de ani, în prezența tulburărilor urinare arătate mai sus, trebuie să se prezinte la medic pentru control. Acesta, în urma examenului, stabilește diagnosticul și tratamentul de urmat. De la început trebuie să precizăm că nu există nici un tratament medical care să oprească evoluția adenomului sau să-l facă să regreseze. Tratamentul medical reduce intensitatea tulburărilor prin diminuarea congestiei și luptă împotriva infecției prin antibiotice. El este indicat în formele cu tulburări funcționale reduse, necomplicate (fără calculi vezicali, de exemplu), cînd intervenția chirurgicală nu este recomandată ca urmare a existenței unor boli supraadăugate și la bolnavii care refuză o intervenție operatorie. Se recomandă o serie de măsuri igienico-dietetice, care să înlăture congestia prostatei, cum sînt: mersul pe jos (fără însă a obosi) și 10—15 minute de mers după fiecare masă; evitarea șederii prelungite pe scaun (la televizor, în călătoriile cu trenul sau automobilul); evitarea mersului pe bicicletă, a călăriei, meselor copioase, răcele, statului culcat, prelungit, în pat; niciodată bolnavul să nu reziste la nevoia de a urina; hrana să nu fie excitantă — se interzice alcoolul, cafeaua, condimentele (piper, boia, ardei iute, muștar, oțet), masa de seară să fie ușoară. Să se evite constipația, scaunul să fie asigurat zilnic; funcțiile sexuale nu trebuie încurajate, dar nici suprimate; băile generale și băile de șezut sînt, de asemenea, recomandate; tot cu caracter decongestiv se mai folosește și ceaiul de „ghimpe” (Herba xanthium spinosum), care se găsește la magazinele „Plafar”.

Tratamentul chirurgical este singurul cu caracter curativ, care îndepărtează adenomul. Alegerea tratamentului se face însă de către medic, singurul în măsură să aprecieze sosirea momentului operator.

Dr. Traian CARACAȘ

COLOPATIA FUNCȚIONALĂ

Este un diagnostic pe care îl punem des în clinica geriatică și care se referă la o suferință cronic-funcțională a intestinului gros. Tulburările sînt atît de ordin motor (mișcările colonului), cit și secretor. Această suferință nu are cauze organice obiective, fiind dependentă de factori care influențează funcționalitatea colonului. Ea trebuie bine înțeleasă, în special de către lumea nemedică, pentru că de ani de zile se fac numeroase confuzii, mai ales că în literatura de specialitate este cunoscută sub un număr mult prea mare de denumiri (circa 70), ca de exemplu: colită spastică, nevroză cu manifestări colonice, disinerגיע colonică etc., iar uneori de „colon iritabil”, mult mai puțin diagnosticabil la bătrîni (după 60 de ani).

Prezentăm acest articol mai ales pentru a lămurii și scoate din conversația curentă a publicului

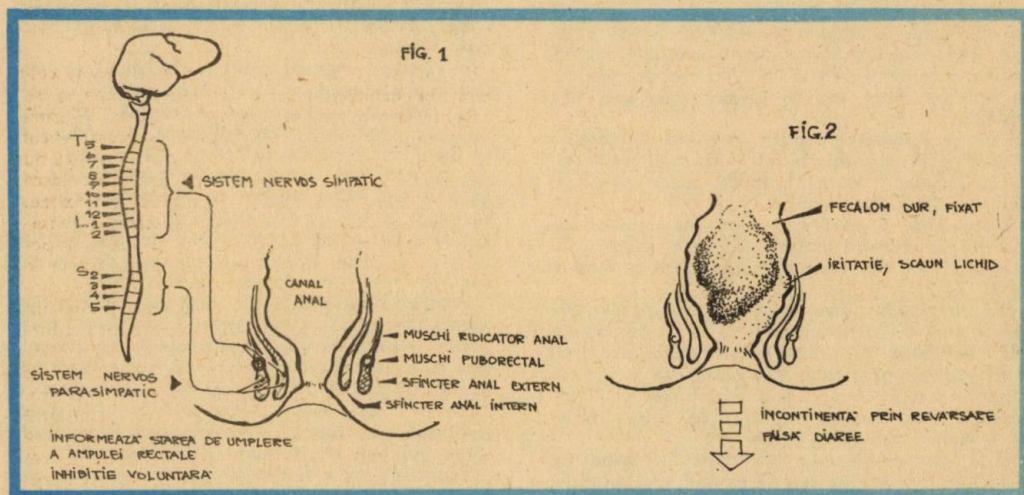
folosește cu sufixul de „ită” (colită ulcerativă, pancreatită, amigdalită, cistită, apendicită etc.) se atribuie numai bolilor care au substrat inflamator, cu toate caracteristicile etiologice și anatomopatologice.

Ne vom ocupa aici numai de una din cele două forme clinice principale ale colopatiei funcționale, de forma spastică, care are ca manifestare principală constipația cronică.

Deși, în principiu, afecțiunea este lipsită de gravitate, ea devine pentru unii pacienți preocupantă și chinuitoare, iar din punct de vedere medico-social este importantă datorită frecvenței.

Colopatia funcțională este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale tubului digestiv. La vîrstele înaintate este întîlnită în proporție de 20—35 la sută din persoanele aparent sănătoase. După 60 de ani este, totuși, pentru medic, diagnostic, repetăm, de excludere. Femeile suferă mai frecvent decît bărbații, proporția variînd între 2—1 și 3—2.

În producerea bolii sînt incriminați factori mulți. La mulți pacienți se găsesc elemente nevrotice anxioase, agresive, depresive, determinate de situații conflictuale, surmenaj intelectual, probleme familiale, profesionale, suprasolicitare, fo-



termenul de „colită”. Mulți pacienți vin în fața medicului deseori cu plîngerea „sufăr de colită”, crezînd, fiecare, că astfel își exprimă științific suferința pe care o are. S-a ajuns pînă într-atît încît simptome disparate și contradictorii (cum ar fi disconfortul abdominal, flatulența, durerea difuză, constipația sau diareea) să fie asociate într-un singur diagnostic — „colită” —, în loc să se descrie simplu și direct fiecare manifestare așa cum este simțită. Trebuie lăsat medicul să aprecieze dacă acuzele bolnavului se încadrează sau nu în diagnosticul de colopatie funcțională, aceasta fiind un diagnostic de excludere, încărcat de responsabilitate, afirmat numai atunci cînd manifestările reprezintă o suferință în afara oricărei afecțiuni organice la nivelul colonului sau al sistemului nervos, deci de coordonare motorie și secretorie. Trebuie știut, deci, că orice termen care se

bii, obsesii (cancerofobia), sedentarism, alimentație săracă în fibre vegetale, consum insuficient de lichide, deficit de vitamine din grupul B. Amînarea exagerată în timp și repetată a reflexului de defecație are ca urmare reducerea acestuia pînă la dispariție. Utilizarea excesivă a unor medicamente (codeină, antispastice, tranchilizante, laxative) contribuie la instalarea constipației. De asemenea, sînt presupuse și influențe hormonale etc.

Funcția colonului în organism este, în principal, aceea de a compacta reziduurile intestinului subțire și a le transporta spre segmentul de eliminare. Porțiunea terminală a intestinului gros este compusă din sigmoid, rect și sistemul sfincterian, care constituie „segmentul de contenție”. Acesta are în constituția sa terminații care informează sistemul nervos asupra situației locale, adică conținutul în fecale, și un sistem de sfinctere de în-

chidere, reglat automat dar și sub controlul voinței.

În producerea constipației primitive intervin atît inerția colică, ce întîrzie tranzitul pe diverse porțiuni, și obstrucția anală, datorată dispariției reflexului de defecație, fenomen care este denumit dischinezie rectală.

Manifestările clinice ale colopatiei funcționale, în care predomină spasmul, deci cu constipație primitivă, se instalează deseori chiar din tinerețe, pacientul relatînd despre o constipație instalată cu mulți ani în urmă. Uneori, simptomele pot lipsi cu desăvîrșire, dar altele se manifestă prin dureri abdominale difuze, de intensitate medie sau numai disconfort abdominal, balonări, plenitudine, senzație de evacuare incompletă, gust rău, scăderea apetitului, limbă încărcată, cefalee, astenie, scăderea atenției. Scaunul este tare, fragmentat, uneori pătat de sînge roșu provenit de la hemoroizi sau fisuri anale, ceea ce face defecația dureroasă.

Laxativele, folosite frecvent, dau ele însele tulburări prin pierderea de sodiu și potasiu, congestie dureroasă în abdomenul inferior, iritații rectale. Sînt cazuri cînd pot apare evacuări lichide determinate de secrețiile de iritație provocate de un fecalom fixat în segmentele inferioare ale colonului.

Examenul radiologic arată un colon segmentat, în care pe distanțe foarte mici alternează contracții cu dilatații, ampula rectală apare frecvent foarte dilatăată etc.

Examinările au evidențiat asocierea ambelor fenomene funcționale motorii, atît spasticitatea cît și atonia, încît s-a renunțat la enunțarea ca fiind o formă de constipație spastică sau atonică.

Pentru a stabili diagnosticul de constipație din cadrul unei colopatii funcționale, se are în vedere însă eliminarea altor boli determinate ale unei constipații simptomatice, procedîndu-se la o examinare sistematică, clinică și paraclinică, prin irigoscopie, rectoscopie, colonoscopie, colecistografie, examen genital la femei etc.

Unul din elementele principale în stabilirea conduitei terapeutice este în primul rînd explicația și informarea pacientului cu privire la fiziologia și frecvența defecației, suprimarea laxativelor, consumul unor cantități mai mari de lichide, fructe, legume, adoptarea unui program zilnic de activitate fizică, folosirea reflexului „gastro-colic” printr-un mic dejun obligatoriu (paharul de apă sau de suc de fructe rece, dimineața, sînt deseori suficiente; chiar o cafea mică nu are nici o contraindicație, cum s-ar crede).

Cînd măsurile igienico-dietetice nu sînt suficiente, se pot adăuga ceaiul de sămînță de in, Normocol, oleul de parafină, mucilagiile (Galcorin, Coranium), coleretice, ca Magnesia usta.

Dr. Nicolae ALOMAN
medic coordonator
al Ambulatoriului Institutului Național
de Gerontologie și Geriatrie

PROLAPSUL GENITAL

Sănătatea femeii trebuie prețuită deoarece frumusețea fizică și mai ales starea psihică a unei femei sînt dependente de aceasta.

Una dintre afecțiunile frecvent întîlnite în perioada în care femeia depășește vîrsta fertilă, altelei la vîrste mai tinere, este prolapsul genital. Aceasta presupune coborîrea organelor genitale, parțială sau totală, prin conductul vaginal spre exterior, cu antrenarea, sau nu, în această coborîre și a altor organe de vecinătate, ca, de exemplu, vezica urinară sau rectul, cu afectarea funcționalității acestora.

În general, organele genitale ale femeii, adăpostite în porțiunea inferioară a abdomenului, în pelvis, comunică cu exteriorul printr-un conduct musculo-membranos (vaginul) care, la rîndul lui, se deschide la nivelul orificiului vulvar. Menținerea poziției normale a organelor genitale este legată de un întreg sistem de ligamente, care le suspendă, și un adevărat sistem de susținere realizat de un plan aponevrotic, care, de fapt, închide inferior pelvisul, lăsîndu-se traversat de uretră, vagin și rect, considerate „puncte slabe”.

Presiunea exercitată de organele abdominale asupra uterului, în cazul în care formațiunile musculare și aponevrotice ale perineului sînt integre, este contrabalansată în special de musculatura perineală contractilă. Nu același lucru constatăm în cazurile în care există dilacerări ale musculaturii perineale sau cicatrici, care afectează funcționalitatea normală a planșeului pelvin-perineal.

Prolapsul poate fi determinat de relaxarea excesivă și de inhibiția țesutului conjunctiv din timpul sarcinii, de nașterile precipitate sau, dimpotrivă, de travaliile lungi, de unele manevre obstetrice, de rupturile perineale, de dilacerările pereților vaginali, de tulburările trofice care apar în post-menopauză și mai ales în perioada de senilitate.

Sînt femei la care prolapsul genital apare fără să fi avut totuși nașteri sau traumatisme obstetrice anterior. În aceste cazuri se constată frecvent prezența unor tulburări trofice fibromusculare responsabile și de alteptoze viscereale. O influență nefavorabilă o mai au și malformațiile.

Dintre factorii hormonal, insuficiența estrogenică este considerată una dintre cauzele importante care contribuie la apariția prolapsului genital. Mai sînt considerate drept cauze directe sau indirecte ale acestei afecțiuni procesele inflamatorii, procesele tumorale, statusul după unele intervenții chirurgicale laborioase.

Cauză determinanta nu poate fi pusă în evidență întotdeauna; acționează, de cele mai multe ori, un complex de factori și este suficient un efort oarecare (tuse, strănut, ridicare de greutăți, ortostatism prelungit) ca să apară prolapsul genital propriu-zis.

Una dintre caracteristicile prolapsului este polimorfismul acestuia, respectiv o asociere de leziuni și tulburări funcționale, de unde recunoașterea a numeroase forme clinice cu interesarea parțială sau totală a organelor genitale și/sau de vecinătate. În general, antrenarea vezicii în această coborîre determină nu numai modificarea poziției acesteia, ci și apariția unor modificări de urinare, cum ar fi incontinența.

Incontinența urinară de efort este consecința creșterii bruste a presiunii abdominale, în condițiile în care structurile uretrovezicale sînt afectate. Femeia consultă ginecologul, cel mai frecvent, pentru pierderi de urină spontane sau la efort, pentru tulburări în ceea ce privește viața sexuală, prezența unor senzații de tracțiune, de apăsare în regiunea pelvisului, jenă, presiune, usturimi în timpul micțiunii sau după, stare de slăbiciune. Cu ocazia examenului ginecologic, care se impune indiscutabil, în majoritatea cazurilor se constată existența cicatricilor perineale, dehiscența aparatului vulvo-vagino-perineal, insuficiența tonicității mușchilor ridicători anali, coborîrea organelor genitale în timpul efortului, ceea ce permite justificarea tulburărilor existente și mai ales conturarea conduitei terapeutice.

Prolapsul genital poate fi surprins precoce (gradul I), cînd colul uterin coboară în treimea mijlocie a vaginului, sau într-un stadiu avansat (gradul II), în care colul coboară pînă la nivelul introitului vaginal. În ambele situații se poate constata, simultan cu prolabarea pereților vaginali (colpocel), și coborîrea vezicii urinare și/sau a rectului, recunoscute sub denumirea de cistocel și, respectiv, restocel. Prolapsul genital total (gradul III) presupune exteriorizarea în totalitate, în afara orificiului vulvar a vaginului, desfășurat ca un deget de mînușă, conținînd în interiorul lui uterul și colul uterin, de multe ori alungit datorită unor tulburări trofice determinate de modificările vasculare care sînt prezente în asemenea situații (hipertrofia de col).

În unele situații, în special în cazul prolapsului de gradul II și III, se constată și leziuni la nivelul colului uterin, așa numitele leziuni de decubit. Colul exteriorizat la vulvă este supus permanent unor microtraumatisme ce favorizează apariția de leziuni mai mult sau mai puțin sîngerînde, care impun investigații suplimentare, creînd uneori dificultăți în diferențierea leziunilor benigne de cele maligne.

În ceea ce privește conduita terapeutică și eficiența acesteia este foarte important stadiul în care bolnava se prezintă pentru consult specializării ginecolog.

Poate fi prevenită apariția prolapsului genital? Considerăm că în multe situații da. Ori de cîte ori femeia gravidă este cooperantă în timpul nașterii și își impune să răspundă prompt în expulzie solicitărilor medicului care o asistă, poate contribui la evitarea rupturilor, delabrărilor părților moi vulvo-vagino-perineale la naștere. Este absolut necesară participarea activă a gravidelor la pregătirea

în vederea nașterii, în sensul însușirii unor acțiuni în legătură cu mecanismul nașterii, pentru a favoriza contractarea și relaxarea musculaturii perineale, precum și practicarea unor exerciții fizice după naștere, făcute sistematic, în scopul tonifierii musculaturii perineale. De asemenea, se impune corectarea tulburărilor hormonale de menopauză.

În cazul leziunilor constituite și a apariției unor tulburări funcționale, tratamentul curativ are în vedere restabilirea staticii pelviene, cu corectarea chirurgicală a deficiențelor existente în raport cu vîrsta femeilor respective. Este de preferat tratamentul conservator, care trebuie să aibă în vedere nu numai ruptura perineală, dar și cura tulburărilor funcționale, în special a incontinenței urinare. La femeile în vîrstă, intervențiile chirurgicale trebuie să fie precedate de corectarea tulburărilor trofice vulvo-vaginale prin tratamente locale și/sau generale și de tratament corect al leziunilor de vecinătate.

Intervențiile chirurgicale radicale, ca, de exemplu, extirparea uterului, sînt indicate la femei în vîrstă, după menopauză. Aceste intervenții trebuie să fie cît mai puțin traumatizante și să răspundă necesităților imediate pe care le solicită femeia.

Prolapsul genital reprezintă o entitate morbidă, frecvent întîlnită la femeie în diferite etape de viață, care, atunci cînd este neglijată, poate favoriza apariția unor complicații, cel mai frecvent urinare, făcînd din femeia respectivă o suferindă cronică, uneori chiar o adevărată infirmă. Această patologie specifică femeii poate fi totuși evitată prin prevenirea factorilor responsabili de apariția ei, cît și prin corectarea chirurgicală a modificărilor de statică a organelor genitale, cu toate implicațiile funcționale ale acestora.

Doctor în medicină Felicia REBEDEA
Șeful clinicii de obstetrică și ginecologie
a Spitalului clinic „23 August” — București

HEMOROIZII

Termenul de hemoroizi provine din limba greacă. Hipocrate, renumitul medic al antichității, înțelegea prin hemoroizi pierderile de sînge din vasele anusului. Hemoroizii erau cunoscuți din cele mai vechi timpuri. Există documente care menționează această afecțiune încă cu zece secole mai înainte de civilizația greacă. La egipteni existau medici specializați în tratamentul ei.

Hemoroizii se datoresc dilatației varicoase anormale a plexurilor venoase existente în perețele porțiunii inferioare a rectului. Frecvența cea mai mare a acestei boli este între 40 și 70 de ani,

afectînd în special pe cei vîrstnici, la care alterările peretelui venos sînt mai avansate și afecțiunile asociate predispozante mai numeroase. Dintre aceste boli, care favorizează apariția hemoroizilor, menționăm: pe cele de ficat (ciroza), tumorile abdominale (fibromul uterin, tumorile de colon și de rect), sarcina, insuficiențele cardiace. Se pare că există o predispoziție genetică, ereditară, caracterizată prin slăbirea rezistenței pereților vasculari venoși și scăderea elasticității lor. Obezitatea, sedentarismul și hipertensiunea arterială se află frecvent asociate la bolnavii cu hemoroizi. Constipația, de care suferă mai ales vîrstnicii, se află la originea apariției acestei afecțiuni și contribuie la agravarea ei și la numeroase complicații, cum sînt: hemoragiile, trombozele și prolapsul mucoasei ano-rectale. Scaunul anevoios produce traumatizarea mucoasei anale și aceasta, prin durerile și spasmul anal, agravează constipația; se creează un veritabil cerc vicios, în care durerea generează spasmul, care, la rîndul său, agravează constipația, iar aceasta produce traumatizarea mucoasei anale și accentuează durerea și spasmul anal. De asemenea, diareea, prin scaunele repetate și iritante, provoacă traumatizarea mucoasei anale și a venelor hemoroidale.

Hemoroizii pot evolua mult timp fără, să provoace suferinți bolnavilor. Aceștia vin la medic pentru suferinți cauzată de apariția unor complicații, cum sînt durerile, hemoragiile sau mîncărimile anale. Hemoragia sau rectoragia apare sub forma unor picături de sînge proaspăt, care pătează scaunul. Ea se datorează ruperii pereților venoși din plexurile anale în timpul scaunului, mai ales cînd acesta este mai consistent. Repetarea hemoragiilor, chiar în cantitate mică, poate duce la anemie gravă, dacă este neglijată prezentarea la medic. Durerea anală, agravată de scaun, se datorează trombozării venelor repetat traumatizate sau iritate, în care se formează chiaguri de sînge. Plesnirea sau fisura anală este o complicație foarte dureroasă, ce mai poate fi însoțită și de tulburări reflexe la distanță. Dificultățile în urinare sînt cele mai frecvente în aceste cazuri. Congestionarea mucoasei anale și iritarea prelungită a acesteia favorizează și apariția unor complicații inflamatorii propagate din vecinătate, dintr-o zonă cu bogată atmosferă microbiană, ducînd la fistule anorectale sau abcese perianale caracterizate prin scurgeri de puroi, dureri și febră, adesea cu răsunet și asupra alterării stării generale. Mîncărima sau pruritul anal este prezentă frecvent chiar de la începutul îmbolnăvirii. Ea se poate extinde și la pielea din jur, determinînd leziuni de dermatită exematiformă, rebele la tratament, și care necesită contribuția medicului dermatolog. Malignizarea sau cancerizarea hemoroizilor este mai rară, dar foarte gravă. În efortul de defecație, hemoroizii pot antrena după ei și zone din mucoasa din jur. În acest fel, ei se complică cu prolapsul mucoasei ano-rectale.

Prevenirea hemoroizilor este posibilă printr-o serie de măsuri la îndemîna oricui. Cei vîrstnici trebuie să acorde o atenție mai mare acestei probleme, ei fiind, așa cum am arătat, mai expuși. Excesele alimentare, consumul de alcool, fumatul și sedentarismul sînt inamicii cei mai redutabili. Condimentele, mai ales piperul, ardeiul boiaua iute și oțetul irită mucoasa ano-rectală, deosebit de sensibilă la cei predispuși la hemoroizi.

O alimentație corectă, variată și rațională, bogată în fructe, legume și lactate, asigură un tranzit intestinal normal. Prin educație, se poate ajunge la scaune la ore fixe încă din copilărie. Lenjeria trebuie să fie foarte curată și neiritantă pentru mucoasa anală și pielea din jurul orificiului anal. Se interzice punerea de vată sau comprese în această regiune. Bolnavii de hemoroizi nu este bine să utilizeze supozitoare iritante, cum sînt cele cu Fenilbutazonă sau Algocalmin. Se vor feri de canule traumatizante la clisme; canula trebuie bine unsă cu vaselină și aleasă pe măsura orificiului anal respectiv.

Igiena scaunului are un rol esențial în prevenirea hemoroizilor. În loc de folosirea hîrtiei igienice, adesea dură și traumatizantă, este de preferat spălarea cu apă caldă și tamponarea regiunii anale cu un prosop moale.

Gimnastica sfîcterului anal este utilă și ușor de realizat. Se obține prin contractarea ritmică și decontractarea voluntară a sfîcterului anal. Ea asigură un veritabil masaj blind al mucoasei anale și golirea venelor dilatate și pline de sînge de stază. Gimnastica de înviorare, plimbările în aer curat și evitarea statului prelungit pe scaun se dovedesc la fel de utile în prevenirea hemoroizilor sau complicațiilor.

Tratamentul hemoroizilor și complicațiilor se va face numai după examinarea atentă a regiunii de către medic. Folosirea empirică a unor tratamente este periculoasă și de multe ori agravantă. O greșală frecventă este folosirea de supozitoare la sfatul altor bolnavi de hemoroizi, dar cu forme evolutive diferite. Spre exemplu, Hemorzonul, folosit de un bolnav cu hemoroizi sîngerinzi, este agravant, deși el este util pentru un bolnav cu hemoroizi trombozați. Alteori hemoroizii pot apare ca o complicație în cursul altor boli (hemoroizii simptomatici). Dintre acestea, menționăm: ciroza hepatică cu hipertensiune portală, tumorile abdominale și cancerul de rect. Numai după soluționarea acestor afecțiuni hemoroizii se pot influența favorabil și definitiv. Formele avansate de hemoroizi pot beneficia de un tratament chirurgical, pe care îl decide medicul.

Doctor în medicină
Mircea CONSTANTINESCU
șeful Secției de chirurgie
a Spitalului regional C.F. București



SEMNIIFICAȚIA UNUI PREMIU NOBEL

Comitetul Nobel al Institutului Karolinska din Stockholm a atribuit Premiul Nobel pentru medicină și fiziologie la 14 octombrie 1985 cercetătorilor americani Joseph L. Goldstein și Michael Brown, în comun, pentru lucrările lor privind „controlul metabolismului colesterolului și rolul jucat de lipoproteina de densitate joasă = LDL”. Ei au putut determina cauzele fiziopatologice ale mării lipidelor aterogene, studiind natura receptorilor celulari, permițând metabolismul acestei LDL. Poate părea neobișnuit faptul că ambilor oameni de știință li s-a dat un premiu egal; totuși, dacă se analizează viața lor în paralel, această decizie se explică.

Ambii s-au născut în aprilie, la diferență de un an, J.L. Goldstein la 14 aprilie 1940, într-un oraș din Carolina de Sud, iar M.S. Brown la 13 aprilie 1941, la New York. Goldstein a studiat medicina la University of Texas din Dallas, pe când Brown a studiat, în același timp, la University of Pennsylvania. Din 1966 până în 1968 amândoi au lucrat ca medici stagiați la Spitalul general din Massachusetts și apoi la Institutul Național al Sănătății din Bethesda, unde și-au început cariera științifică în laboratoare diferite, lucrând în genetică. Din anul 1970 până în 1972 Goldstein a lucrat la Institutul de genetică din Seattle, unde și-a adâncit perfecționarea în genetică umană cu prof. Arno Motulsky. Brown a părăsit Institutul Național al Sănătății în 1971 pentru a ajunge la Centrul Științific al Sănătății al Universității din Texas, la care, în 1972, vine și Goldstein. Ambii au lucrat ca „profesori asistenți” și au fost numiți în același an, 1974, „profesori asociați”. Totodată, au fost distinși pentru prima dată împreună cu Premiul „Heinrich-Wieland”, la München. Începând cu anul 1976, ambii sînt numiți „profesori titulari” și, în timp ce dr. Goldstein este încadrat oficial șef al departamentului de genetică moleculară, dr. Brown este nominalizat director al Centrului de genetică a bolilor.

Datorită meritelor excepționale și lucrărilor lor, cei doi oameni de știință au fost aleși, în 1981, membri ai Academiei Naționale de Științe a SUA, iar în anii următori au primit nenumerate premii și distincții, care au precedat Premiul Nobel.

Amândoi profesorii au lucrat nu numai în același loc, la aceeași problematică, ci și împreună. Ei conduc grupe de lucru cu aceeași autoritate și cu multe discuții stimulatoare, iar camerele lor de lucru sînt una lângă cealaltă. Între ei există un permanent schimb de idei, care prin discuții critice au condus la rezultate deosebite.

Calea spre elucidarea structurii receptorilor celulari a fost lungă și nu lipsită de greutate. Ceea ce a impresionat cel mai mult este finalitatea de care s-a apropiat Goldstein și Brown în cercetarea problematicii și aplicația personală a celor doi oameni de știință. Dr. Goldstein este înaintea de toate un teoretician. El se ocupă de organizarea generală a laboratorului și de redactarea articolelor, găsind timp și pentru frecventarea teatrelor



și citirea cărților și revistelor de beletristică; nu este căsătorit. Dimpotrivă, Dr. Brown este un familist desăvîrșit, are doi copii, este extrem de bun în practica zilnică de laborator, găsind pentru toate problemele experimentale posibilități și soluții de rezolvare. În timpul liber practică sportul, în special cel nautic.

Goldstein și Brown au demonstrat, încă din 1973, că enzima de bază a biosintezei colesterolului HMGCoA (Hidroxy-metilglutaril-coenzima A-reductaza) este frînată prin adăul de lipoproteină de densitate joasă (LDL) în mediul de cultură a celulelor hepatice. Această frînare lipsește la bolnavii cu hipercolesterolemie familială. Pe baza acestor observații cei doi savanți și-au propus să cerceteze defectul molecular al hipercolesterolemiei familiale și, prin aceasta, să contribuie la lămurirea metabolismului colesterolului și a influenței acesteia asupra producerii aterosclerozei. În lucrările lor, Goldstein și Brown au arătat că reglarea enzimei (HMGCoA reductază) este dependentă de primirea LDL în celule, este specifică și este mijlocită printr-un receptor LDL. La pacienții cu hipercolesterolemie familială, receptorul LDL este în așa măsură modificat încît particulele LDL nu mai pot fi recunoscute, primirea lor nu mai poate fi mijlocită și pierderea enzimei HMGCoA reductază încetează. Prin cercetările lor au lămurit structura receptorilor LDL și au găsit defecte de structură prin mutații punctuale la mulți pacienți cu hipercolesterolemie familială. După 12 ani de cercetări fructuoase în domeniul metabolismului colesterolului, cei doi savanți au fost distinși cu Premiul Nobel. Ceea ce a determinat decizia Comitetului de decernare a Premiului Nobel a fost faptul că cercetările lui Goldstein și Brown s-au axat asupra structurii și funcției mecanismelor celulare ale receptorilor LDL, care au un caracter de model și pentru alte procese de mijlocire a receptorilor din membrana celulară. Lucrările lor au fost deschizătoare de drumuri nu numai pentru cercetarea metabolismului lipidelor și a aterosclerozei, ci au dat și un impuls decisiv pentru cercetarea receptorilor. Colesterolemia familială a fost prima dereglare a metabolismului care a putut fi atribuită mutației unui receptor.

Astfel, Premiul Nobel a fost decernat unor oameni de știință care se disting nu numai prin munca desfășurată în domeniul științific și al lărgirii frontierelor cunoașterii, ci și prin faptul că demonstrează cât de fructuoase pot fi rezultatele a doi savanți cînd își completează reciproc munca.

Dr. Alexandru ȘTRENC

DESCOPERIRI ÎNȚIMPLĂTOARE?

Într-o lume a unei planificări în continuă extindere a majorității activităților umane, se mai poate oare vorbi despre rolul întâmplării – antiteză a legității – în apariția progresului?

Necesitatea și întâmplarea sînt două vocabule care, indiferent de ponderea ce le-o acordă diversele sisteme filozofice, constituie realități ale domeniilor materiale și spirituale.

Prima categorie filozofică – **necesitatea** – înglobează fenomene ce trebuie să se petreacă obligatoriu pentru ca o înlănțuire de fenomene intercondiționate să poată avea loc; nesatisfacerea necesității atrage după sine perturbarea (sau chiar stoparea) lanțului de fenomene ordonate succesiv. A doua categorie filozofică – **întîmplarea** – fenomen aleatoriu, apare insolit și oarecum fără o legătură obligatorie cu șirul de evenimente în curs. Așa cum s-a spus, întâmplarea, notiune echivalentă cu accidentul, nu este „accidentală”; după cum nici accidentul nu are această caracteristică. Întîmplarea apare ca urmare a unei abateri în desfășurarea normală a evenimentelor înlănțuite, sub influența unui factor neprevăzut în propagarea inițială normală.

Atît necesitatea, cît și înteimplarea au un rol de netăgăduit în desfășurarea tuturor evenimentelor materiale și sociale. Dacă necesitatea este motorul prim, nu este mai puțin adevărat că înteimplarea a adus omenirii descoperiri cu răsunet cel puțin egal cu acelea ale rezolvării unor probleme impuse de necesitatea socială. În cele ce urmează vom prezenta cîteva exemple de descoperiri din domeniul medico-farmaceutic în care înteimplarea a jucat un rol important.

Combaterea ciupercii „Oidium” a viței de vie – boală gravă a acesteia, apărută în Franța, către anul 1878, care amenința să distrugă podgorii întregi – este rezultatul observației farmacistului Millardet. Însărcinat să inventarieze pagubele produse în podgoriile individuale, el a observat că butucii de vie de la marginea drumului, care erau stropiți cu soluție de sulfat de cupru, pentru a împiedica ruperea strugurilor de către trecători, nu erau atacați de parazit. Reținînd această observație, Millardet a preparat, după o serie de verificări cunoscute „zeamă bordelează”, mijloc eficient de salvare a culturii viței de vie.

Dacă în 1879 chimistul Fahlberg și-ar fi spălat mîinile înainte de a se așeza la masă, probabil că n-ar fi descoperit **zaharina**. Într-adevăr, după ce a ieșit din laboratorul său, Fahlberg a vrut să ia masa și a constatat că alimentele pe care le atîngea cu degetele aveau un gust neobișnuit de dulce. Aceasta l-a condus să studieze cu atenție substanța pe care o manipulasă în dimineața aceea și care a intrat în arsenalul terapeutic sub numele de zaharină.

Primul **colorant anilinic** se datorează lui Perkin, care, la numai 20 de ani, a încercat sinteza chininei prin oxidarea alil-ortotolidinei cu bicromat de potasiu. Deși nu a obținut chinină, el a continuat încercările oxidînd, tot cu bicromat, o amină mai simplă, sulfatul de anilină, și a sintetizat violetul care-i poartă numele, cap de serie a importante grupe de coloranți anilini. Aici a intervenit însă și a doua oară înteimplarea: Perkin nu ar fi reușit să obțină colorantul dacă materia primă n-ar fi fost impurificată cu paratoluidină.

Descoperirea **erbicidelor selective** de către Nuttman, Thornton și Quastell se datorează rezultatelor neașteptate din cursul cercetărilor întreprinse asupra nodurilor bacterieni, rădăcinilor de trifoi și stimulitorilor de creștere a plantei. Acești noduli bacterieni utili își exercită acțiunea deformantă asupra porilor rădăcinii prin intermediul unei anume substanțe secrete. Testînd acțiunea acestei substanțe la diferite plante, cercetătorii menționați au constatat efectul ei inhibitor asupra germinării și creșterii, dovedind concomitent selectivitate și intensitate mai mare asupra dicotiledonatelor – care includ majoritatea buruienilor –, decît asupra monocotiledonatelor, în categoria cărora intră cerealele și ierburile. Din această observație s-a născut prepararea ierbicidelor selective, atît de indispensabile în agricultura modernă.

Într-un articol inclus în volumul „Pledoarie pentru viață” Szent-Gyorgyi, laureat al Premiului Nobel, relatează împrejurările care au dus la izolarea **vitaminei P**. Un prieten medic, cu o gravă predispoziție la hemoragii, i-a cerut acid ascorbic pentru a-l încerca în afecțiunea sa. Fiind abia la începutul cercetărilor și neavînd destulă substanță, Szent-Gyorgyi i-a trimis ardei conservat (Vitapric), iar efectul a fost benefic. Mai tîrziu a repetat experiența cu acid ascorbic pur, dar fără rezultat, ceea ce l-a determinat să presupună că un alt principiu era responsabil de efectul benefic obținut. Împreună cu colaboratorii, a izolat din pericarpul lămîilor, o fracțiune flavonică, pe care au denumit-o citrină, apoi vitamina P. „Am denumit-o vitamina P – mărturisește Szent-Gyorgyi, cu sinceritate și umor – din cauza „permeabilității” și a cuvîntului „paprika” (în limba maghiară = ardei). Am mai avut un motiv pentru a alege litera P: ea nu era litera din alfabet ce urma în materie de denumire a vitaminelor. Mi-am dat seama că activitatea legată de vitamine este plină de capcane și speram ca, în cazul cînd nu aș fi reușit, pînă una-alta, să demonstrez caracterul de vitamină a citrinei, acest lucru să se înteimple înainte ca vitaminologia să ajungă la litera P și astfel lucrările mele să nu producă încurcături. Știam, de asemenea, că vitaminologii ortodocși aveau să se enerveze de saltul meu prin alfabet”.

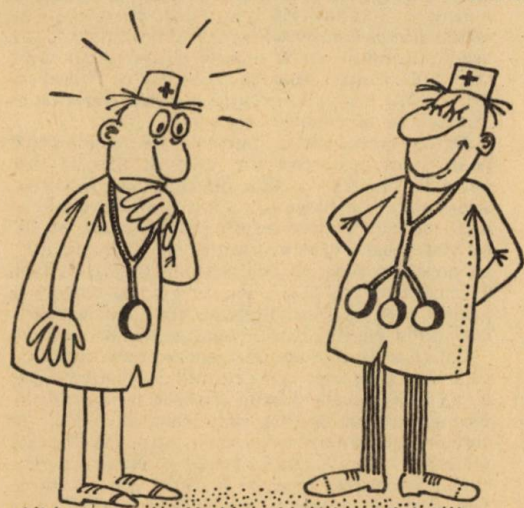
Exemplul cel mai des citat al unei descoperiri „din întâmplare” este cel al **penicilinei**. Se știe că, în septembrie 1928, Alexander Fleming a observat că o cultură de stafilococ a fost contaminată accidental cu un microorganism din atmosfera laboratorului întunecos și îmbălsit din vechiul Saint Mary's Hospital. În loc să neglijeze acest incident – obișnuit în laboratoarele unde nu se puteau lua măsuri eficiente de prevenire a contaminărilor – Fleming a examinat atent placa contaminată, observând că în jurul mucegaiului coloniile de stafilococ aveau un aspect neobișnuit, de „picături de rouă”. El a bănuat acțiunea unei substanțe antimicrobiene secretată de contaminant, identificat apoi ca aparținând speciei *Penicillium notatum*. Întimplarea „favorizantă” a descoperirii nu a constat în contaminarea culturii, ci în reunirea a doi factori determinanți: în primul rând, dintre toți contaminanții aerieni, cultura a fost atinsă de *Penicillium*, prezent în aer destul de rar; în al doilea rând, cultura era de stafilococ, germen deosebit de sensibil la acțiunea antibiotică a penicilinei. În plus, cercetătorul era pregătit să aprecieze neobișnuita valoare a fenomenului. Într-adevăr, Fleming încercase de mai mulți ani să prepare un antiseptic „ideal”, dotat cu putere bactericidă maximă și total lipsit de toxicitate pentru om. De altfel, fenomenul de antibioză apăruse, probabil, mai multor cercetători în timp, fără ca aceștia să-i acorde importanță. Acest caz justifică opinia lui Pasteur, după care **în cercetare întâmplarea nu ajută decît pe cei bine pregătiți**.

Evenimentele din partea a doua a istoriei descoperirii penicilinei sînt, de asemenea, semnificative în acest context. După ce Fleming și mai mulți chimiști au încercat zadarnic să izoleze substanța activă fără a reuși, din cauza diluțiilor mari și a instabilității chimice a penicilinei, cercetările au stagnat, căci între timp au apărut sulfamidele. În 1939, medicul australian Florey și chimistul german Chain, ambii lucrînd la Oxford, ajutați de o subvenție a Fundației Rockefeller, au reușit, folosind liofilizarea, să izoleze și apoi să purifice penicilina.

În cursul cercetărilor s-au jvit, de asemenea, două împrejurări favorizante. În primul rînd, extractul solid destul de stabil din care urma să se identifice principiul activ conținea de fapt numai 1% penicilină, restul de 99% erau impurități, însă netoxice; dacă acestea ar fi fost toxice, inocuitatea penicilinei ar fi fost mascată, împiedicînd pe cercetători să-i recunoască efectele terapeutice. În al doilea rînd, ei au experimentat pe soareci și nu pe cobai, pentru care penicilina este un toxic destul de puternic. Totuși, nu se poate trage concluzia că în lipsa împrejurărilor favorabile penicilina nu ar fi fost descoperită, desigur mai tîrziu. Dacă se ține seama de imensele progrese realizate în secolul XX în microbiologie și chimie, precum și de echipamentul tehnic avut la dispoziție, se poate conchide – fără a minimaliza rolul întîmplării și a calității cercetărilor – că descoperirea antibioticelor este o victorie a științei și tehnicii acestui secol. De altfel, asupra descoperirii penicilinei, Fleming – modest ca toți adevărații oameni de știință – spunea: „Am fost învinuit de a fi inventat penicilina. Nici un om n-ar fi putut-o inventa, căci ea exista din timpuri imemorabile, produsă de natură și de un anumit mucegai... Nu, nu am inventat penicilina, ci am atras atenția oamenilor asupra ei și i-am dat un nume”.

Astăzi, mai mult ca oricînd, nu se poate admite că simpla întîmplare generează o descoperire. Aceasta este, de fapt, rezultatul intervenției și intuiției cercetătorului, care, pe baza unui volum de cunoștințe pertinente, reușește să explice fenomenul în intimitatea lui, să-l reproducă și să-l pună în slujba omului. Printre calitățile necesare unui cercetător se înscrie, alături de intuiție, de ingeniozitate și perseverență, inteligență suplă, deplină probitate spre a-și recunoaște greșelile și a învăța din ele, spirit de observație care să permită exploatarea unei întîmplări aparent banale – și fantezie, despre care V.I. Lenin scria: „Este absurd să negi rolul fanteziei chiar și în cea mai riguroasă știință”.

C. Marțian
I.M.F. Iași



ELECTRONEGROGRAFIE ȘI ACUPUNCTURĂ



În concepția medicală tradițională extrem-orientală, structura energetică a organismului are un rol tot atât de important în explicarea stării de sănătate sau de boală ca și structura morfo-funcțională a corpului uman. Potrivit acestei concepții, bioenergia este înțeleasă ca efect și cauză a activității celulare, avînd proveniență și roluri diferite (gene-

tică, nutritivă etc.) și este în strînsă corelație cu mediul ambiant. Ea circulă ritmic de-a lungul unor trasee de condensare energetică numite meridiane, care au legături funcționale cu organele interne.

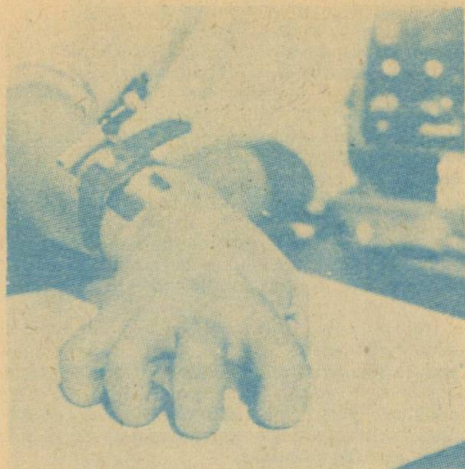
Punctele de acupunctură, înșirate de-a lungul meridianelor, reprezintă zone de autoreglaj energetic, adevărate ferestre care se închid sau se deschid către mediul înconjurător. Este de la sine înțeles că, intervenind asupra acestor puncte, se pot obține efecte benefice la distanță asupra organului cu care ele se află în relații de funcționalitate energetică. Cu toate că punctele și meridianele nu se văd cu ochiul liber iar mijloacele tehnice de investigație — absente în trecut — nu ating nici astăzi performanțele dorite, descrierea circulației energetice prin meridiane și conceptul teoretic privind funcția energetică s-au născut dintr-o intuiție fundamentală, în urma unor experiențe multimilenare.

Astăzi înțelegerea acestor mecanisme preocupă pe mulți cercetători care recunosc valabilitatea probată a observațiilor făcute de clasici. Pentru studiul și înțelegerea circulației energetice prin meridiane a fost abordat cu prioritate „punctul de acupunctură”, al cărui rol în economia energetică a organismului este recunoscut.

Anatomiștii Bachman și Bossy, Bishko și Kelbner Babinshong, 1975) au arătat bogăția fluxurilor nervoase și a fibrelor de collagen. Alți autori (Akabane, Kajaos) au studiat sensibilitatea dureroasă a punctului. S-au mai măsurat: temperatura locală și metabolismul (consumul de bioxid de carbon la nivelul punctului), ca și o serie de parametri electrice: rezistența electrică (Nakatani, Niboiyet, Wing, Vol, Bratu, Ionescu-Tîrgoviște), capacitatea electrică și potențialele electrice.

Deși oricare dintre punctele de acupunctură poate fi cercetat, cele mai ușor de abordat sînt punctele Jing-distale. Prin punctele Jing se petrec schimburile energetice ce au loc la nivelul meridianului pe care acestea se află. În raport cu corpul ele sînt situate: proximal sau distal. Sînt, deci, cite un punct proximal și unul distal pe fiecare din cele 12 meridiane principale. Punctele Jing-distale au o poziție anatomică privilegiată, fiind situate la extremitățile degetelor la nivelul unghiului unghial.

Calitățile funcționale ale punctelor de acupunctură sînt: prag mai mic de sensibilitate dureroasă; temperatură locală diferită (față de zona cutanată înconjurătoare); captare mai mare de bioxid de carbon (metabolism mai activ); rezistență electrică scăzută (explorată atât în curent continuu cît și în curent alternativ), între 20 și 250 K Ohmi; capacitate electrică cu valori mai mari (0,1—1MF); potențiale electrice mai mari (pînă la 250 mV).



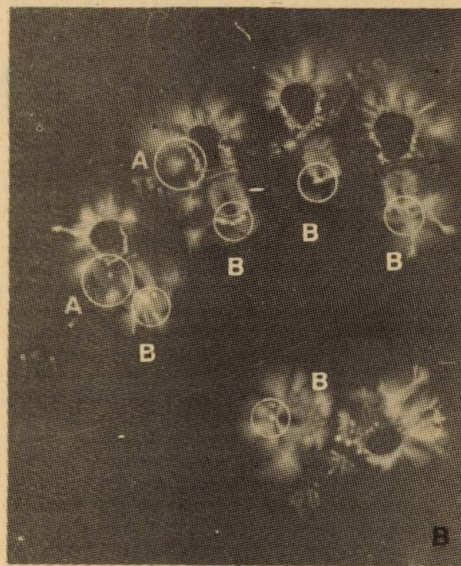
Cu prilejul acestor măsurători s-a confirmat faptul că partea de sus a organismului este mai activă din punct de vedere energetic decât partea de jos; de asemenea, s-a demonstrat fenomenul de închidere (ocluzie) și deschidere (fenestrație) a punctului, în directă corelație cu echilibrul energetic al organismului, cu starea de sănătate sau de boală, sau cu activitatea afectivă. Cercetări recente, efectuate în 1986 de dr. C. Ionescu — Tirgoviște, demonstrează fluctuații bioelectrice ale energiei punctelor în funcție de timpii respiratori. Alți autori au utilizat o serie de substanțe chimice pentru evidențierea traseului meridianelor cu fosfor (Kim-bang-Han, 1963), tehnétiu (Băgu și Răibuleț, 1979), thaliu 201 (Daras, 1983).

Rezultatele obținute au fost edificatoare, reproducând traseul meridianului urmărit pînă la organul țintă sau în imediata sa apropiere. Metodele descrise au adus dovezi asupra existenței punctelor și circulației energiei în meridiane. De-a lungul timpului mai mulți cercetători au încercat să explice funcția energetică a organismului prin reacțiile chimice care au loc la nivel molecular. Din 1930 s-au remarcat teoriile lui E.S. Bauer, W.W. Lepeoschkin, G.M. Ling, E. Macovschi, Porter. Alți cercetători au încercat să vizualizeze funcția energetică, a organismului, utilizînd tehnologia ce le-a stat la îndemînă. În 1977 Lichtemberg obține primele imagini electronografice folosind pulberi foarte fine. La sfîrșitul secolului al XIX-lea Tesla arată că atunci cînd organismul uman este supus la cîmpuri electrice puternice în jurul acestuia apar radiații luminoase. În 1982 Markiewicz și Narvatil cercetează primele imagini de electroluminiscență. În 1939 S.D. Kirlian obține imagini specifice în cîmp de înaltă tensiune și înaltă frecvență descriînd efectul care-i poartă numele. Cercetările sale sînt apoi continuate în URSS, SUA, Cehoslovacia și în alte țări.

Electronografia, ca metodă de investigație biomedicală, pune în evidență aspecte energetice de biocîmp prin fenomenele de bioelectroluminiscență. Tehnica electronografică utilizează un impuls unic de înaltă tensiune și mică sau mare in-

tensitate, care este aplicat segmentului de corp investigat, obținîndu-se fenomene luminoase care impresionează materialele fotosensibile. Imaginile obținute (alb-negru sau color) reprezintă astfel un instantaneu din activitatea bioenergetică a organismului. Tehnicile de cercetare electronografică utilizează pentru explorare, în mod preferențial, acele regiuni ale corpului care sînt mai ușor accesibile, și anume, palmele, tălpile și abdomenul, dar mai ales palmele. Palmele deschise și orientate în jos se aplică pe materialul fotosensibil și prin declanșarea impulsului se obține imaginea electronografică bine cunoscută. Pe această imagine se observă atît efecte luminoase care reproduc o serie de detalii anatomice (efectul electromorf), cît și imagini luminoase care apar la limita organismului sub forma unor trasee luminoase nesistematizate, asemănătoare unor panglici care flutură — denumite „streamer” — vizibile atît în alb-negru, cît și color, mai ales în culorile fundamentale de roșu (distal) și albastru (proximal) ceea ce-i oferă un caracter bipolar specific.

Istoria electronografiei și studiile privind fundamentarea sa, atît ca metodă electronografică de investigație cît și aplicațiile sale biomédicale, se confundă cu primele comunicări făcute de cercetătorii români: E. Celan, N. Golovanov, I. Mamulaș, C. Cojocaru, V. Șoltuz, A. Policec, care pe un aparat



A — Puncte clasice de acupunctură (Jing-distale)
B — Puncte extrameridiane

de concepție proprie au reușit să evidențieze imagini electronografice care au fost comunicate și brevetate din 1975. Totodată, ei au obținut imagini electrodermale pe abdomen, asimilate unor puncte de acupunctură, imagini obținute în stări patologice de vecinătate (cancer hepatic, peritonită etc.). Tehnica utilizată a permis descrierea punctului electromorf care, în centru, este de un roșu mai in-

tens, înconjurat de un halou periferic. Tehnica electronografiei s-a răspândit și în alte țări, fiind utilizată în special pentru investigarea biocimpului.

Pornind de la raționamentul potrivit căruia punctele Jing-distale sînt descrise în vecinătatea unghiilor, subsemnatul, împreună cu dr. Ingrid Macarie și fizicianul Ion Mamulaș, am modificat tehnica de expunere a miinilor față de materialul fotosensibil, facilitînd contactul feței unghiale a degetelor cu acesta și obținînd, în 1983, primele imagini ale punctelor Jing — distale la subiecți în stare de sănătate aparentă. Totodată, am obținut imaginea punctelor extrameridiene Shixuan (E.M.-30 cunoscute și sub denumirea de „cele zece emanații”), puncte foarte active, aflate pe virfurile degetelor de la miini la 0,10 cm (unitate de măsură specific chineză) sub unghie. Aceste puncte le-am surprins de cele mai multe ori în activitate (foto 2—3). Imaginile sînt reproductibile pe film alb-negru și color, acestea din urmă aducînd informații interesante asupra funcției energetice a organismului și surprinzînd momente de activitate a unor puncte Jing — distale.

Metoda de lucru descrisă pe care am numit-o

„Metoda electronografiei țintite”, și rezultatele cercetării au fost prezentate în cadrul celui de al IV-lea Simpozion de acupunctură (Iași 1984), unor sesiuni de comunicări din București (în 1984, 1985, și 1986), precum și la al II-lea Congres de acupunctură din R.S. Cehoslovacă (21—23 februarie 1985).

Imaginile punctelor Jing-distale și ale punctelor Shixuan obținute de noi constituie o prioritate. Ele completează celelalte investigații care se fac asupra punctelor de acupunctură, obiectivînd optic existența, în stare de sănătate aparentă a subiecților investigați, aruncînd noi lumini asupra funcției energetice a organismului, a bioritmului și circulației energetice și deschizînd noi căi de cercetare și aplicabilitate.

Trecînd în revistă o parte din tehnicile de investigație a circulației energiei prin meridiane și a funcției energetice a organismului, reiese limpede substratul material al conceptului energetic și materialitatea structurilor energo-active ale organismului, dovezi la care cercetătorii români au adus contribuții de prestigiu.

Dr. Pantelimon BĂRBULESCU



INFORMATICA ÎN MEDICINĂ

Două sînt motivele principale care au impus introducerea calculatoarelor electronice în medicină. Primul — de ordin economic —, calculatorul electronic ușurînd enorm prelucrarea unei mari cantități de date din domeniul organizării și conducerii sănătății publice. Al doilea, prin ajutorul pe care calculatorul îl poate oferi medicului în stabilirea diagnosticului, urmărirea bolnavului și conducerea tratamentului, precum și în cercetarea științifică. Primul program de diagnostic pe calculator realizat în țara noastră, în 1971, aparține colectivului de la Spitalul „Tractorul” din Brașov, de sub conducerea lui A. Restian și I. Iacob. În 1972, la Arad, a avut loc o „masă rotundă” asupra unui program de diagnostic al afecțiunilor gastroduodenale numit Modard. Prima manifestare științifică specializată în informatica medicală a fost realizată în anul 1977, prin organizarea primului Simpozion de informatică medicală, MEDINF, la Satu Mare. Ea s-a continuat, ulterior, prin reuniuni la Oradea, Călimănești, Hunedoara, Baia Mare, din nou la Satu Mare, apoi la Timișoara, Cluj-Napoca și Iași. Scopul principal al simpozioanelor a fost creșterea eficienței activității medicale prin informatizare, privity ca eficiență științifică, diagnostică, terapeutică și economică.

În vederea organizării celor mai judicioase programe și acțiuni de sănătate publică care să beneficieze de prelucrarea automată a informațiilor medicale a fost proiectat și este în curs de implementare „Sistemul informatic al ramurii ocrotirii sănătății—SIROS”, al cărui coordonator, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 558/1977, este

Centrul de calcul și statistică sanitară al Ministerului Sănătății.

În ultimii ani a apărut, ca o preocupare de informatică medicală, „Sistemul informatic de spital” (ca o componentă a lui SIROS), realizîndu-se în acest sens aplicații care cuprind nu numai activitățile administrative ci, în special, investigațiile, diagnosticul și tratamentul asistate de calculator, precum și cercetarea medicală. Acest sistem conține variante, funcție de tipul spitalului și de dotarea lui.

În cele ce urmează vom enumera cîteva realizări în domeniul informaticii medicale, din cele prezentate la Al IX-lea Simpozion de informatică medicală, desfășurat la Iași la 23 și 24 mai 1986.

● La Spitalul clinic al municipiului București este implementat parțial un sistem informatic de spital, folosind drept echipament un minicalculator Felix M-18 și terminale tip display instalate în cele 12 clinici ale spitalului. Acest sistem, care are ca obiectiv optimizarea activității de conducere operativă a spitalului, incluzînd gestiunea statistică (intervenții chirurgicale, anestezii, transfuzii, morbiditate, consum alimente, medicamente) și contabilă, are ca efect reducerea timpului de obținere a informațiilor, creșterea operativității și precizia deciziilor, eliberarea personalului de muncile de rutină, eliminarea erorilor de calcul și îmbunătățirea formei de prezentare a rapoartelor și situațiilor, prin prelucrarea automată a datelor.

Diagnosticul medical asistat de calculator a fost început de dr. A. Restian și I. Iacob, în 1971, folosind în calcularea gradului de probabilitate al unui diagnostic de urgență raportul dintre numărul de simptome găsite aparținente afecțiunii respective și numărul total care aparține acestei afecțiuni. Se puteau realiza ordonarea probabilităților dintre două diagnostice ce aveau simptome comune.

● Un colectiv din Arad (prin stabilirea ponderilor probabilistice ale simptomelor în care un grup de specialiști stabileau diagnosticele în cadrul simulării diferitelor combinații de simptome specifice afecțiunilor gastro-duodenale) a realizat în 1972 programul Modard. Saltul calitativ s-a făcut prin renunțarea la modelele clasice de algoritmi-zare și programare, apelându-se la programe aplicative de inteligență artificială, respectiv sistemul „Expert”, bazat pe capacitatea de a memora, înțelegi și manevra cantități mari de informații, putând elabora strategii și planuri de rezolvare.

Dintre modelele de sisteme „Expert” din țara noastră menționăm: sistemul de analiză automată termografică și conducere a tratamentului (PRO-METEU-1984), bazat pe determinarea hărții termografice de suprafață, la care se asociază un set de întrebări privind starea bolnavului și simptomele clinice prezente, care stabilește un diagnostic de suspiciune discriminativ în afecțiunile mamare. După recomandarea terapiei citostatice, urmărind evoluția valorilor termografice din zona organului tratat, poate stabili eficiența tratamentului și strategia terapeutică necesară. Autorii sistemului — dr. I. Mogoș și fizicianul C. Cotruș — l-au realizat pe structura microcalculatorului M 118, interfațat cu sisteme de achiziție automată, respectiv sonde termoelectrice. Sistemul e aplicat de Institutul oncologic din București în practica curentă.

● Sistemul „Expert” pentru afecțiuni renale, folosind elemente euristice și limbajul natural axat pe probleme de diagnostic urologic, a fost experimentat pe minicalculator „Independent-100”, de Centrul teritorial și de calcul electronic din Constanța. ● Sistemul „Expert” pentru stomatologie folosește microcalculatorul „Junior” în proiectarea variantelor optime de ortodonție, urmărind parametrii antropometrici articulari ai mandibulei.

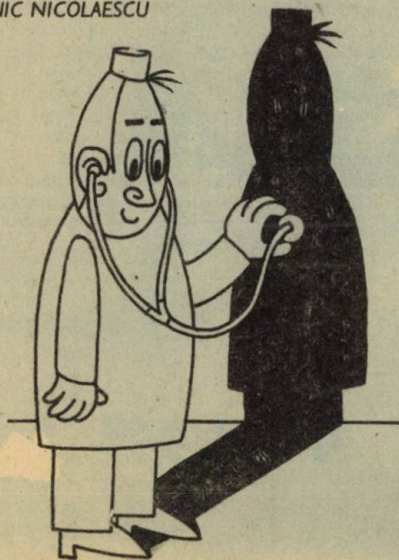
Sistemul este în curs de perfecționare și dezvoltare. ● Sistemul „Expert” de diagnostic automat în infraroșu DANO (Diagnostic asistat în neuro-oftalmologie) realizează diagnosticul în baza examenului automat al reflexului pupilar, a datelor anamnestice introduse și a rezultatelor unor examinări suplimentare oftalmologice. În prima parte, sistemul realizează achiziția automată și recunoașterea variațiilor diametrului și suprafeței pupilare la sistemul luminos. Evoluția în timp a imaginii este culeasă cu ajutorul unei camere TV în circuit închis, ce are integrat un traductor de imagine infraroșu, reflexul desfășurându-se în cameră obscură. Camera este interfațată cu calculatorul de proces MED 80 sau „Diagrama 2030”.

● La Spitalul clinic „Fundeni” este în curs de implementare pe calculatorul personal MC-85 un program cu ajutorul căruia se realizează, în condiții perfecționate, supravegherea proceselor de anestezie din secțiile de specialitate (chirurgie generală, chirurgie cardio-vasculară), constituind un sistem evoluat de monitorizare în timp real al parametrilor de anestezie.

● La Direcția sanitară a județului Constanța este în exploatare un sistem informatic privind urmărirea complexă a evoluției stării de sănătate a copiilor între 0—16 ani, folosind drept echipament un calculator Felix C-256. Acest sistem, care are ca obiectiv evidența copiilor din teritoriu și urmărirea evoluției stării lor de sănătate, are ca efect îmbunătățirea asistenței medicale, dispensarea copiilor suferinzi de boli cronice, ca și orientarea profesională a copiilor cu diferite afecțiuni. La aceeași direcție sanitară, cu același echipament, este în exploatare un sistem informatic privind cercetarea și urmărirea recuperării medicosociale a bolnavilor după accident acut coronarian. Acest sistem, pe lângă urmărirea riguroasă a bolnavilor ce au suferit un astfel de accident, pune la dispoziția medicului un fond de date individuale care ușurează decizia de stabilire a unei conduite terapeutice corecte și, în același timp, poate constitui o bază de cercetare în domeniul respectiv.

● Spitalele clinice de boli infecțioase „Colentina” și „Victor Babeș” din București, împreună cu

NIC NICOLAESCU



OFTALMOLOG

Centrul de calcul și statistică sanitară al Ministerului Sănătății, au realizat un sistem informatic folosind drept echipament un calculator Felix 256, care permite îmbunătățirea activității de dispensarizare a bolnavilor de hepatită acută virală, urmărind, în același timp, din punct de vedere clinic și epidemiologic, pe foștii suferinzi de hepatită virală tip B pe o lungă perioadă de timp, în vederea adoptării de măsuri care să ducă la o mai bună vindecare clinică a convalescenților și la profilaxia cazurilor secundare.

● Stația pilot a Spitalului de copii „Călărași” din București, împreună cu Centrul de calcul și statistică sanitară al Ministerului Sănătății, a realizat un sistem informatic, folosind drept echipament un calculator Felix 256, privind îmbunătățirea activității de dispensarizare a copiilor afectați de hepatită virală în vederea evitării extinderii ei. Sistemul asigură un mod unitar, eficient de supraveghere clinică, investigații paraclinice și tratament a acestor bolnavi.

● La Institutul oncologic din București este realizat un sistem informatic, folosind drept echipament un calculator I-100. Acesta permite stabilirea eficienței tratamentului și urmărirea operativă a pacienților în vederea chemării lor la control la anumite intervale, constituind o sursă de informații în investigația epidemiologică a cancerului.

● La Clinica de chirurgie cardio-vasculară din cadrul Spitalului clinic „Fundeni” este în curs de realizare un sistem informatic medical SINFMED, care are drept scop realizarea unei baze de date cu cazistica clinicii. Sistemul are două subsisteme: a) Subsistemul denumit „Anticamera”, cu rol de memorie imediată și de înregistrare ansamblul tuturor datelor medicale introduse în calculator pentru toți pacienții, curent spitalizați sau în recontrol periodic. Subsistemul constă dintr-o colecție de fișiere indexate și programele necesare pentru gestiunea lor. b) Subsistemul „BDMED”, cu rol de memorie de lungă durată, care conține și arhivează ansamblul datelor medicale pentru toți pacienții care au trecut prin clinică. La încheierea spitalizării sau recontrolului unui pacient, datele medicale acumulate în „Anticamera” sunt transferate (după anumite operații de definire și sinteză) în BDMED, care va cuprinde în acest fel un istoric al evoluției tuturor pacienților care au trecut o dată sau de mai multe ori prin clinică. Astfel, la revenirea unui pacient în clinică se realizează adăugarea noilor date medicale la cele înregistrate în BDMED cu ocazia vizitelor anterioare. Echipamentul folosit este un minicalculator I-102 F.

● Clinicile de radiologie ale spitalelor clinice „Fundeni” și „Gh. Marinescu” din București sunt prevăzute cu instalații de tomografie computerizată tip Samatom 2 N, folosind metoda de studiere densimetrică a structurilor din organism, bazată pe particularitatea oricărui corp de a atenua intensitatea unui flux de raze Röntgen care îl străbate, atenuarea fiind proporțională cu densitatea pesuturilor componente. Instalația folosește o sursă de radiații, o coroană de detectori, care transformă fluxul fotonic atenuat în curenți electrice și un sistem de calcul format din două calculatoare electronice — unul de imagine și unul de proces —, care primește măsurătorile primare de

densitate, reconstruind cu ajutorul lor imaginea unei secțiuni prin corp, reprezentată în nuanțe convenționale de gri. Tomografia computerizată este o metodă foarte precisă de investigație a tumorilor. În cele ale creierului, abdominale și ale cavității toracice, poate stabili întinderea tumorilor și punctul de plecare.

● Centrul de cercetări medicale din Tg. Mureș, împreună cu clinica neurologică și clinica neurochirurgicală din acest oraș, a realizat programe care asigură investigația prin calculator în practica neurologică și neurochirurgicală, facilitând procesul de diagnostic pe criterii obiective și un plan de tratament a cărui eficiență poate fi verificată standardizat.

● La Clinica a III-a medicală din Cluj-Napoca este realizată prelucrarea automată a datelor scintigrafice în hepatite cronice, folosind un calculator Felix C-256, datele scintigrafice fiind preluate pe cartele perforate.

● Colectivul de biometrie de la Institutul de medicină internă „N. Gh. Lupu”, împreună cu Institutul central de informatică, a elaborat programe pentru analiza automată a electrocardiogramei.

● La Institutul de medicină din Timișoara, în laboratorul de informatică medicală din cadrul disciplinei de biofizică, sînt realizate programe specifice de simulare a unor fenomene biologice, avînd ca efect aprofundarea mecanismelor intime ale proceselor biologice prin compararea unor ipoteze și estimarea unor parametri avînd aplicații didactice. Echipamentul folosit este un minicalculator Felix M-18.

● Ca o exemplificare privind utilizarea aparatelor de analiză chimică asistate de microcalculator, menționăm realizarea Laboratorului central de spectrofluorimetrie BIOSPEC, din cadrul Institutului de virusologie „Ștefan S. Nicolau”, unde s-au realizat fișiere cu programe aplicative, în special evaluări ale conținutului unor substanțe implicate curent în etiologia cancerului din punct de vedere chimic și viral. Calitatea rezultatelor este superioară în cazul folosirii analizelor programate, atît prin exactitate cît și prin reproductibilitate.

Din exemplificările menționate, ținînd seama de dezvoltare impetuoasă a informaticii și tehnicii de calcul românești din ultimele două decenii, impactul acestora asupra a tot mai largi sferă ale activității economice și sociale, în pas cu imperativele noii revoluții tehnico-stiințifice, se evidențiază necesitatea și utilitatea folosirii calculatoarelor electronice în progresul medicinei moderne.

Sigur, calculatorul nu se va putea substitui factorului de decizie, specialistului din domeniul ocrotirii sănătății, el rămînd însă un auxiliar foarte necesar și foarte prețios.

Ing. A. SCHÄCHNER



CHIROMANȚIE ȘI DERMATOLOGIE

Mîna, ca parte importantă a corpului uman, obiect în procesul muncii, al existenței cotidiene, al creației, a trezit din totdeauna o curiozitate aparte. Forma mîinilor, aspectul palmelor, mișcările degetelor au constituit o preocupare de-a lungul timpului pentru cei cu înclinații deosebite spre observație, meditație, studiu (filozofi, naturaliști, anatomici, antropologi, medici, artiști, dansatori, muzicieni, psihologi, criminaliști). Faptul că fiecare individ posedă o anumită conformație a mîinii, a desenului palmar și digital a fost un lucru observat din timpuri imposibil de precizat; o dovedesc documente ale Chinei antice pe care s-au găsit amprente digitale, ca sigilii greu de falsificat. Se pare, de altfel, că tot în China, încă din secolul al VIII-lea e.n., se practica semnarea documentelor oficiale prin imprimarea desenului digital și palmar și tot aici, prin secolul al XIII-lea, s-au făcut primele încercări de definire, incompletă, a tipurilor de desene digito-palmar.

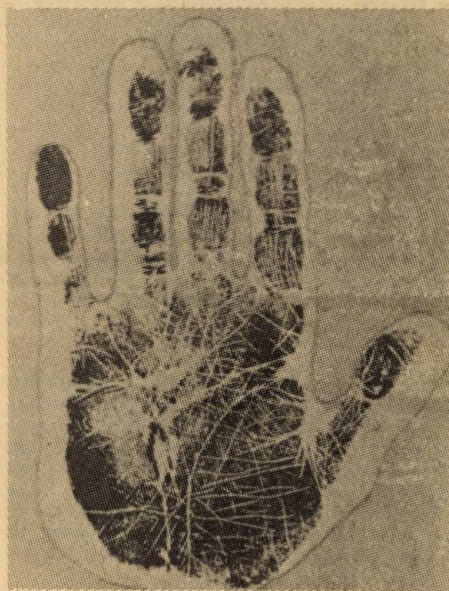
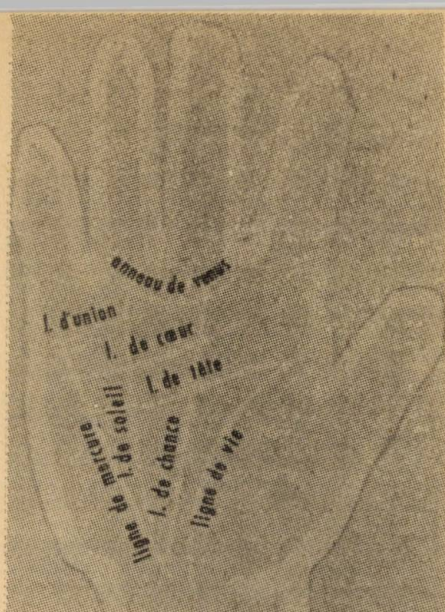
Forma mîinilor și picioarelor, precum și desenul liniilor palmo-plantare și digitale, ca și al acelor numeroase, fine și complicate creste papilare (striții-amprente-dermatoglife) constituie un adevăr natural, valabil atît la om, cît și la alte specii animale, cu precădere la primatele superioare.

Chiridiumul - mîinile și picioarele - scot la iveală astfel caracteristici ale speciei, în evoluția onto și filogenetică, adevăruri deja stabilite prin numeroase studii riguroase, științifice, efectuate de-a lungul timpului de către anatomici, antropologi, embriologi, geneticieni, dermatologi, criminaliști, psihologi, artiști și, în ultimul rînd, de... chiromanți.

Creștele papilare, numite dermatoglife (de la cuvintele grecești derma=piele și glyphe=relief), separate de săntuțele fine, umblînd suprafața palmelor, plantelor și degetelor, separate de linii mai largi și adînci în diverse cîmpuri, realizează o mare varietate tipologică. Consecință firească, dermatoglifologia este o știință care are ca obiect studiul aspectelor particulare ale dermatoglifelor prin metode obiective și nu numai contemplativ, intuitiv și speculativ, cum făceau chiromanții. Observațiile, cunoștințele legate de dermatoglifologie pînă în secolul XVIII-lea, ca de altfel și cele de antropomorfologie și psihosomatică, au cunoscut o răspîndire tradițională pentru multe popoare din Asia (China, Japonia, India), întregul Orient, inclusiv printre popoarele migratoare, în speță cele de origine indoeuropeană.

Datorită impostorilor și excrocheriei practicate de așa-zișii ghicitori în palmă, chiromanția ni se pare și astăzi ceva mistic, superstițios, ocult, deși prin prisma datelor științifice actuale termenul este vetust, dar conținutul preocupărilor acesteia s-a dovedit demn de apreciat și valorificat în practică.

Pînă la fondarea, în 1889, a Societății britanice de chiromologie, sub direcția lui K. St. Hill, au fost scoase la iveală numeroase date obiective de chiromologie-dermatoglifologie. Astfel, în 1617, anatomistul Malpighi încearcă prima descriere tipologică a



desenelor papilare. În 1823, alt mare anatomist, J.E. Purkinje, stabilește nouă tipuri de desene papilare. Pictorul francez A. Desbarolles, care a trăit și lucrat printre gitanii spanioli, la întoarcerea în Franța publică primele lucrări de chiromologie. Medicul, misionar în Japonia, H. Fauls publică, în 1880, observația, făcută acolo, a utilizării amprentei ca semnătură, lucru deja pus în practică de comisarul de poliție W.J. Herchel, în India, care folosea în 1869 amprenta policelui ca mod de identificare și semnătură a celor care primeau bani și documente. Este meritul lui Sir Francisc Galton care, în 1888, pune rapid în valoare motivele papilare ale degetelor în materie de genetică și diagnostic, stabilind particularitățile tipologice de bază a dermatoglifelor, ceea ce a făcut să fie considerat, pe bună dreptate, întemeietorul dermatoglifologiei. În 1900, E.R. Henry, în Anglia, și, în 1901, Juan Vucetich, în Argentina, fac o clasificare practică a ti-

TIMPUL, RITMURILE ȘI BIOLOGIA

purilor de amprente digitale, Scotland Yard însușindu-și-o ca probă pentru identificarea criminalilor (amprenta ca urmă lăsată la locul faptei) și ca mijloc de luare în evidență a infractorilor. Studii ale lui Hollman (1882), K. Bonnevie (1929) și Abel (1938) pun bazele științifice ale dermatoglifologiei, creștele papilare fiind expresii ale unui determinism esențial embriogenetic și filogenetic. H. Debrunner (1941) descrie psihologia gestului, H. Cummings și Ch. Midlo (1943) descoperă implicația genetică a amprentelor palmare în bolile genetice, iar Noël Jaquin fondează, în 1945, Societatea pentru studiul fiziologiei paternității, care, ca și Societatea britanică de chiroplogie înființată în 1889, a trecut la verificarea sistematică a datelor tradiționale, la dovedirea relației dermatoglifelor cu paternitatea, patologia și psihologia, la analiza ipotezelor mai vechi sau mai noi, privitoare la relația mână-trecut, prezent și viitor în evoluția individului, veritabil leit-motiv al numeroaselor lucrări de chiropmanție.

În lucrarea „Principiile anatomiei observate în palmă” (1946), prof. F. Wood-Jones „cade” de acord cu chiroplogii, arătând că mîna trebuie considerată ca partea cea mai sensibilă și expresivă a corpului uman, ea fiind un instrument ce exprimă fidel stările emoționale iar medicul nu trebuie să neglijeze studiarea ei. Pe scoarța cerebrală umană aria de proiecție a mîinii este cea mai întinsă și flanchează ariile de proiecție ale sensibilității și motricității feței.

Dermatoglifyle palmare, ca și alte date antropometrice, sînt azi holărtoare în stabilirea paternității, în identificarea persoanei și, în special, a bolilor genetice. Aspectul dermatoglifylor palmo-plantare și digitale sînt relevante în malformațiile ereditare (substratul lor fiind atît aberațiile cromozomiale, cît și tulburările necromozomiale), în stabilirea tipului psiho-somatic și al tulburărilor psihice.

Azi se poate stabili tipologia individului atît prin mijloace obiective, nu numai sub aspect dermatoglifylogic, cît și prin date furnizate de studierea irisului ocular uman, a firului de păr, grupelor sanguine, vocii (amprenta fonică), a antropometriei reconstituitive (amprenta dentară, amprenta lăsată de picior) a mirosului caracteristic fiecărui individ, a expresiei grafologice, prin teste de culoare, desen, prin date oferite de studiul cronobiologic al acestuia.

Mîna, piciorul, degetele, cu formele lor, cu expresia anatomofiziologică și desenul dermatoglifylor pot exprima unui cercetător avizat înfinat mai multe date decît o anamneză (discuție cu cel examinat), care depinde mult de capacitatea de expresie prin limbaj, de starea psihologică, socio-culturală a individului. Cu certitudine, mîna, piciorul și degetele pot releva multe despre starea de sănătate a unui individ, din starea lui prezentă și din viitorul acestuia ca ființă biologică. Prin prisma datelor actuale, chiropmanția este însă o pseudoștiință vetustă, cu speculații oneroase și false.

Dr. Vasile GRĂDINA



Planeta noastră s-a format și continuă să existe în interrelațiile cu **mediul cosmic**, cu care are un permanent schimb de substanță, energie și informație. În acest context, **ființa umană** s-a adaptat, în decursul istoriei sale, la variațiile periodice ale factorilor externi și a evoluat ca specie diurnă.

Se desprinde astfel constatarea potrivit căreia oscilațiile factorilor de mediu (cosmici, geofizici, metoclimatici etc.), care se repetă cu regularitate la intervale mai mult sau mai puțin egale de timp, au imprimat proceselor biologice, pe parcursul mileniilor, periodicitatea lor. Datorită acestui fapt, funcțiile biologice ale omului (și altor viețuitoare) au căpătat caracter ritmic și se repetă la intervale aproximativ egale de timp, în concordanță cu periodicitatea sincronizatorilor care le-au determinat.

Faptul că fenomenele mediului ambiant (sincronizatori) se desfășoară cu perioade diferite, explică, foarte probabil, frecvențele variate ale bioritmurilor. Unele ritmuri au frecvențe înalte, cu perioade de ordinul milisecundelor (0—30'), iar altele au frecvențe medii (30'—2,5 zile) și joase (peste 2,5 zile).

Pulsațiile cîmpului geomagnetic oscilează între **0,1 și 100 hertzi**. Amplitudinea maximă a acestor pulsații se înscrie în frecvența gamei de **8—16 hertzi**, care corespunde ritmului alfa, respectiv oscilațiilor electromagnetice caracteristice **emise de creierul uman**. Cu alte cuvinte, interferența dintre pulsațiile geomagnetice și cele emise de creierul uman capătă semnificații deosebite din punct de vedere științific, deoarece aduce o lumină în interpretarea fenomenelor de interdependență și influență dintre ființa umană și mediul ambiant, respectiv periodicitatea factorilor cosmici, geofizici, metoclimatici etc.

În direcția legătură cu aceste aspecte, subliniem, de exemplu, dependența omului de reperele cosmice periodice, respectiv, mișcarea de rotație a Terrei în jurul axei sale a determinat în timp sincronizarea multor funcții biologice cu perioada de aproximativ 24 de ore — **ritmuri circadiene** (circa diem = aproximativ o zi); mișcarea de revoluție a Pămîntului în jurul Soarelui a imprimat unor procese biologice periodicitatea de aproximativ un an — **ritmuri circanuale**; mișcarea de revoluție a Lunii în jurul Terrei a sincronizat unele funcții biologice cu perioada de aproximativ 30 zile — **ritmuri circatrigintane** etc. Pe de altă parte, fenomenele periodice sezoniere, respectiv anotimpurile, caracteristice mai ales pentru zonele temperate și nordice, au imprimat, de asemenea, unor procese biologice periodicitatea lor, devenind astfel **ritmuri sezoniere** (circanuale — după datele actuale din literatură). Aceste ritmuri se materializează uneori prin manifestări de fati-

gabilitate, indispoziție sau, dimpotrivă, fenomene de iritabilitate, mai ales la unele persoane cu o sensibilitate deosebită și, adesea, mai în vîrstă; la bolnavii cu ulcer gastric sau duodenal suferința de obicei se acutizează, ca și fenomenele reumatismale etc.

Din aspectele evocate se desprinde constatarea potrivit căreia factorii periodici de mediu au imprimat (în timp) proceselor biologice caracteristicile lor (perioada etc.) și acestea s-au fixat în structurile fundamentale ale celulei (genom—geozom) devenind astfel **ritmuri biologice endogene**, cu determinism genetic și independente atît din punct de vedere al ritmicității funcționale (pace-maker), cît și al factorilor mediului extern (cu mențiunea că aceștia din urmă pot influența parametrii caracteristici bioritmurilor, perioada, faza etc.).

Celula oricărei ființe vii este sediul unor remarcabile activități biochimice și funcționale, care se desfășoară periodic, deoarece nu le poate realiza concomitent și, din acest motiv, le programează genetic în timp.

Bioritmurile sînt supuse unei duble influențe, una internă (endogenă) și alta externă, mediul fizic și social (sincronizatori). De menționat că la om, ca și la alte ființe superioare organizate, se desfășoară în același timp mai multe ritmuri circadiene endogene sau cu alte perioade, fapt care relevă existența unui mecanism intern — **ceas biologic** — în care sînt codificate timpul de pornire, perioada, frecvența etc. și care controlează fenomenul biologic în raport cu fiecare funcție a organismului, de exemplu ritmul cardiac, respirator etc. Cu toate acestea, multe din ritmurile programate și fixate (probabil) genetic sînt permanente modelate, modificate și sincronizate de factori externi (naturali, sociali). Cu alte cuvinte, bioritmurile endogene nu au caracter imuabil, deoarece pot fi desincronizate și apoi resincronizate în raport cu influența factorilor externi, respectiv cu periodicitatea acestora. De remarcat faptul că un ritm biologic nu urmează imediat schimbarea factorilor externi, ci numai după o perioadă de timp (Haus E., 1982) în funcție de organism, întînderea schimbării de fază a sincronizatorului, de direcția acestei schimbări (avans sau întîrziere de fază) și de interacțiunea cu alți factori sincronizatori. Rezultă astfel că ritmurile biologice, deși codificate genetic, sînt influențate, de exemplu, de alternanța lumină/întineric, activitate/repaus, respectiv de factori și condiții de mediu și sociali. În aceste circumstanțe parametrii caracteristici ritmurilor biologice pot fi modificați (perioada, frecvența, amplitudinea etc.). Aceste oscilații ritmice endogene rezultă din interrelațiile complexe dintre sistemul nervos central și cel endocrin, în particular axul hipotalamo-hipofizar-corticosuprarenal și, probabil, alți factori cu periodicitate circadiană.

La polul opus al ritmurilor biologice se situează factorii externi, mediul natural și social, deoarece organismul se află în echilibru cu mediul său ambiant. Fluctuațiile periodice ale climei și ale factorilor meteorologici, în general, influențează hotărîtor starea de sănătate: incidența infarctelor miocardice, crizele anginoase, durerile reumatismale etc. cresc ca frecvență în aceste perioade. Numeroși factori naturali pot imprima periodicitatea lor unor ritmuri biologice, dar tot ei pot să de-

vină factori desincronizatori temporali ai acestora, în condiții particulare de adaptare (traversarea mai multor fusuri orare etc.) Studiarea acestor modalități de adaptare a bioritmurilor umane la variațiile mediului constituie elementul esențial în zilele noastre. Se subliniază că prin schimbarea (manipularea) sincronizatorilor pot să apară modificări în desfășurarea ritmurilor biologice circadiene, în sensul că performanțele maxime sau scăderile de randament se manifestă la alte ore decît cele obișnuite, aspect care are o importanță deosebită în întreprinderi, de exemplu, unde activitățile sînt organizate în ture de noapte, în ceea ce privește adaptarea personalului la aceste condiții, pentru a se menține potențialul de muncă anterior și cu același randament.

În situații cu adaptări parțiale și respectiv cu randament scăzut, dublat și de suprasolicitare, mai ales dacă persistă, ne putem aștepta la modificări care să afecteze starea de sănătate. Pe aceleași coordonate se înscriu și problemele puse medicinei de **transportul aerospațial**, cu mijloacele moderne, sau în condiții de **imponderabilitate**.

În ultimele două decenii, numeroase studii au fost axate pe probleme de adaptare a bioritmurilor umane circadiene la condițiile transportului aerospațial, aspecte deosebit de importante în prezent, deoarece mijloacele de transport aeriene au viteze superpersonice și pot traversa mai multe fusuri orare într-un timp foarte scurt. Prin schimbarea rapidă a timpului local (de origine) cu altul nou survin perturbări în desfășurarea ritmurilor biologice, cu consecințe negative temporale asupra performanțelor.

Organismul uman urmează mai mult sau mai puțin fidel cursa rapidă a progresului tehnic, găsind cele mai bune condiții în mediul în care a trăit totdeauna, fără evenimente extreme, care să-i modifice homeostazia biologică. Prin scoaterea subiectului din mediul obișnuit și translocarea rapidă într-un mediu diferit, ceasul biologic continuă să funcționeze cîtva timp în maniera obișnuită, respectiv conform orarului local de plecare, deci în contrast cu orologiul timpului local. În această situație unele ritmuri biologice circadiene (de exemplu, ritmul veghe-somn, ritmul temperaturii, tensiunii arteriale etc.) se dereglează-defazează cu cîteva ore în plus sau în minus, în funcție de direcția deplasării și de distanță, respectiv spre est sau spre vest. De menționat că deplasările de la nord spre sud și invers nu sînt însoțite de modificări ale ritmurilor biologice.

Prin schimbarea bruscă a mai multor fusuri orare apar în general trei tipuri de manifestări: **somnul**, **apetitul** și **psihicul**. Tulburările de somn constau în dificultatea de a adormi în funcție de ora locală, deoarece orologiul intern este reglat pe ora plecării; somnul este discontinuu, cu alternanțe veghe-somn de așa manieră încît nu aduce odihnă necesară; disconfort gastro-intestinal și modificări de apetit; scăderea capacității intelectuale, iritabilitate, dificultăți în efectuarea unor operații matematice sau de altă natură etc.

Dr. doc. Dumitru ȘTEFLEA





MUZICA ȘI SĂNĂTATEA

Încă din cele mai vechi timpuri a fost cunoscută influența muzicii asupra psihicului omului. Astfel, Aristotel făcea diferența între ritmul „frigid”, care irita, și ritmul „spondeic”, care, dimpotrivă, era liniștitor. Fără a aminti mulțimea de exemple oferite de literatura despre muzică — vom încerca a o face cu un alt prilej —, menționăm totuși o scrisoare de mulțumire a lui Mihail Jora, către George Enescu, scrisoare citată de Iosif Sava în **Amintirile muzicienilor români**. Prin câteva piese interpretate la vioară, Enescu l-a ajutat să depășească, în 1916, situația critică în care se afla, în urma unei operații dificile, executată fără anestezie. Evident, ajutorul nu a fost chirurgical, ci emoția declanșată de muzică l-a susținut, putând suporta durerile, învingând anxietatea cauzată de șocul operator.

În zilele noastre, acțiunea muzicii asupra creierului omenesc a fost dovedită nu numai prin simple observații, ci și prin mijloace moderne de investigație, cum ar fi tomografia cu emisie de pozitroni, despre care revista **Sănătatea** a publicat un articol în nr.1/1986.

Acum, muzica este folosită în mod curent — alături de alte mijloace terapeutice devenite clasice — în diferite ramuri ale medicinei, cu rezultate apreciable în special în psihiatrie, dar și în neurologie sau în procesul de socializare al copiilor handicapați.

Pornind de la aspectele amintite, redacția revistei **Sănătatea** a organizat, în colaborare cu **Laboratorul de sănătate mintală** al Sectorului 5 din capitală, masa rotundă **Muzica și sănătatea**, la care și-au spus cuvântul specialiști din cele mai diverse domenii. Au participat **prof. univ. dr. doc. Ștefan Berceanu (SB)**, de la I.M.F. București, **lector univ. Liliana Rădulescu (LR)**, de la Conservatorul „Ciprian Porumbescu”, **dr. doc. Constantin Bălăceanu-Stolnici (CBS)**, de la Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie, Io-

sif Sava (IS), muzicolog, **dr. Tudor Giurgiuca (TG)**, de la Institutul de neurologie și neuropsihiatrie, **dr. Silvio Collino (SC)**, de la Spitalul „Dr. Gh. Marinescu”, **dr. Constantin Bogdan** directorul Spitalului „Berceni”, psih. **Irina Paraschiv (IP)**, de la Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului, **dr. Aurelian Condurache**, de la Policlinica „Al. Sahia”, sociolog **Paul Caravia (PC)** și, bineînțeles, gazdele mesei rotunde, **dr. Rodica Rădulescu (RR)**, șeful LSM-5 și psiholog **Gabriela Stoltz**. Din partea Ministerului Sănătății au participat **dr. Gheorghe Litinschi** și **dr. Marian Popa**.

În mod firesc, discuția, care a avut loc în sala de muzicoterapie a LSM-5, a început prin alegerea celui mai potrivit termen care să definească aplicarea muzicii în medicină. Potrivit opiniei **dr. Rodica Rădulescu**, **muzicoterapia** este cel corect, pentru că în muzică intervin mai mulți factori: sunet, ritm, melodii, armonie. Cuvântul „meloterapie” ar duce la părerea greșită că doar partea melodică ar avea efecte asupra omului.

— Cum acționează muzica asupra omului?

CBS: Integrarea muzicii în creierul omului se face în altă parte decât în zona limbajului. După cum s-a constatat, la un subiect care nu e versat în muzică apar fenomene mai dense în emisfera dreaptă, în timp ce la un cunosător, în partea stângă. Aceasta conduce la interpretarea că în emisfera dreaptă se face o reprezentare de ansamblu, deci o impresie globală asupra muzicii. În același timp în cea stângă se realizează înțelegerea subtilității limbajului muzical, a semanticii, a înșăși gramaticii lui. Incluziunea se face prin lobul frontal, care lucrează foarte intens, ca și prin forma reticulată.

Muzica poate să acționeze benefic asupra omului sănătos prin reechilibrarea personalității sale, deci prin feed-back. Dar poate acționa și terapeutic. Nu întîmplător ne aflăm într-un centru de să-

nătate mintală, muzica avînd efect terapeutic în special în acele elemente ce sînt de patologie psihică, la nivelul emoțional-cognitiv.

— **În ce tipuri de boli este utilă terapia muzicală? Aplicarea ei necesită o anumită cultură muzicală a pacienților?**

R.R.: Am făcut o serie de cercetări cu un lot de bolnavi de schizofrenie, bolnavi care, se știe, au dificultăți în comunicarea cu semenii lor. Într-o serie de grupe psihoterapeutice, pacienți fără nici un fel de educație muzicală ar fi stat ore întregi să asculte piese de Bach, Mozart, Rahmaninov, Schubert. După fiecare audiere, se declanșa între pacienți un dialog spontan, dovedindu-se că muzica poate crea posibilități de comunicare. Tot ce și-au spus a fost extraordinar de plăcut. Iar la cei ce aveau halucinații, acestea deveneau frumoase. În general, toți au avut o stare de bine, de bucurie după această trăire muzicală, care nu a avut nimic de a face cu modificările neurovegetative. Este un lucru deosebit: muzica a reușit să-i ajute pe acești oameni retrași, izolați, care nu vorbeau cu nimeni. Au fost și alte experimente prin care, o altă formă de psihoterapie, terapia de autorelaxare Schultz, a devenit mai eficientă, atunci cînd s-a adăugat un fond muzical.

S.C.: Cînd ne referim la muzică în psihoterapie, pornim de la efectul sedativ ca și de la cel de trezire a atenției. Iar cînd facem muzicoterapie trebuie să ținem seama de limbajul muzical pe care îl are bolnavul, pe care l-a înșușit, și l-a format în timp. Deci, punctul de plecare trebuie să coincidă cu cunoștințele lui fundamentale. Există două direcții în aplicarea muzicii în scop terapeutic: în prima, stabilim noi muzica ce trebuie dată în mod progresiv; în cea de a doua, bolnavul își alege melodiile potrivit preferințelor sale, conform pregătirii lui. Fără să ne propunem ca în fiecare caz să ajungem la performanțe deosebite, urmărim ca terapia muzicală să inducă un anumit comportament și o deschidere pentru receptarea mesajelor.

T.G.: Noi aplicăm muzica în măsura în care am verificat că anumite impulsuri, organizate muzical, dau anumite efecte. Administrăm muzica sau un set de sunete pe care experimental le-am verificat că pot produce modificări psihotrope. Nu am făcut încă o cercetare prin care să constatăm dacă anumite fraze muzicale dau un anumit efect terapeutic. La grupele heterogene de muzicoterapie, cei ce nu gustă muzica respectivă se exclud singuri. Compatibilitatea grupului se constituie de la sine, în ultimă instanță.

— **Terapie muzicală activă sau pasivă? Pacienții trebuie doar să asculte sau să cînte?**

R.R.: — Sînt două forme care se intrică. Pentru cea activă este nevoie de un **muzicoterapeut**, așa cum există la unele clinici specializate din alte țări. Acolo, studenții din ultimii ani ai conservatorului se formează în această specialitate. Ei lucrează împreună cu psihiatrul, cu psihologul și se poate face atît muzicoterapie activă, cît și pasivă, deși termenul de „pasiv” nu este potrivit pentru că înșăși receptarea muzicii este un fenomen activ. În experiențele pe care le-am făcut, accentul a fost pus pe tipul „pasiv” de terapie. Pacienții au ascultat discuri în cadrul ședințelor de tratament,

după care unii au simțit nevoia să cînte sau să învețe să folosească un instrument muzical.

— **Este utilă muzica în anumite maladii ale copiilor?**

I.P.: Facem socializarea copiilor cu autism, ritmurile muzicale fiind folosite ca modalitate de comunicare în cadrul terapiei comportamentale. În domeniul medical, tehnicile de terapie prin muzică fac parte din psihoterapia analitică, ce nu poate fi singură, de sine stătătoare. Dar la copiii handicapați, pe lângă forma aceasta de terapie prin muzică, este și așa-zisa euritmie, care se folosește pentru facilitarea achizițiilor cognitive și, în general, pentru socializarea lor. Este însă nevoie de o terapie activă. Copii trebuie determinați să acționeze, nu pur și simplu să recepteze. De asemenea, e nevoie de doi terapeuți, dintre care unul adaptează melodia, muzica la mișcările haotice ale suferindului, cu ajutorul instrumentelor, explicîndu-i prin muzică acțiunile ce trebuie executate. Sigur că ar fi foarte bine dacă am primi, în acest sens, sprijinul muzicienilor.

— **Se publică, chiar și în presa noastră, rețete care recomandă, potrivit unei „farmacopei” muzicale, tratamente de genul: pentru dureri de cap, ascultați „Un american la Paris” de Gershwin. Credeți că sînt utile indicațiile de acest fel?**

CBS: Este greu de stabilit o „farmacopee muzicală” sau de crezut că, de exemplu, un ulcer gastric se vindecă doar prin muzică. Fără să mai vorbim de diversitatea umană, care e o lege biologică. Totuși, personalitatea umană poate fi influențată prin muzică.

R.R.: Sigur că unii fac rețete muzicale. ba mai mult, există clinici în străinătate, la Detroit, de exemplu, unde pacienții psihici sînt grupați în saloane după afecțiuni, discoteca spitalului fiind organizată pe tipuri de boli, cum ar fi stările marginale sau nevrozele. În tulburări afective, sindroame depresive, bolnavii ascultă bucați muzicale în tonuri minore, ce se acordă cu starea lor. Un alt principiu este să se aplice o tonalitate ce vine în contradicție cu starea afectivă a pacientului sau pare șocantă pentru el. Ulterior se acordă tonalitatea muzicală cu tonalitatea afectivă a bolnavului. Unele aspecte pot fi discutabile, se caută însă forma cea mai eficientă de muzicoterapie.

S.B.: Ca medic, cred că trebuie promovată acea formă de muzică ce înalță personalitatea umană și o pune la adăpost de boli. Nu cred în posibilitatea de a face rețete cu anumite piese muzicale prescrise pentru diverse boli. Cred însă în posibilitatea ca omul să fie ferit, prin anumite forme muzicale, de a intra din nou în suferință, sau de a-l proteja pe cel sănătos. În fond, lumea e dominată de anxietate. Ceea ce așteptăm de la muzică este ca, printr-o selecție anume, să fie eficientă în sala de concerte sau acasă, astfel ca fiecare să se simtă bine a doua zi, să ne înțelegem cu ceilalți, deci un efect profilactic. Muzica nu are propriu zis un efect terapeutic, ca o intervenție chirurgicală, ci, așa cum ați citat din scrisoarea lui Jora, acționează prin capacitatea de a emoționa.

— **În volumul „Vademecum în psihiatrie” e amintit interesul actual ridicat, arătîndu-se că metoda este economică și oferă posibilitatea**

unei modulări specifice din partea psihoterapeutului. Dar, se menționează în continuare, posibilitățile terapeutice ale muzicii nu sînt încă valorificate la potențialul lor. De ce credeți că nu i se acordă locul cuvenit?

P.C.: Muzicoterapia constituie o direcție în terapia modernă pentru care sînt necesare o teorie suficient argumentată ca și o verificare a teoriei printr-o serie întregă de experimente.

C.B.: Există la medici o formație biologizantă. Internistul, de exemplu, aduce în favoarea unui tratament argumente de felul: s-a modificat nivelul potasiului în organism. De aceea și cei ce aplică muzica în terapie trebuie să arate influența ei asupra datelor fiziologice. Nu se poate vorbi despre ea numai din punctul de vedere filosofic. Noi am aplicat muzica la grupuri de bătrîni care nu erau bolnavi decît de bătrînețe și aveau modificări psihice marginale, în limitele fiziologice ale vîrstei lor. Rezultatele au fost bune. Important este că bătrînii acela au comunicat mai bine între ei, că au devenit deschiși către lume, că au fost mai puțin depresivi. Deci, deși nu am făcut determinări de laborator, am avut totuși posibilitatea de cuantificare a rezultatelor.

— Muzicienii au preocupări în această direcție?

I.S.: Din activitățile de acest fel ale unor mari muzicieni, vreau să le reamintesc pe cele ale renumitului dirijor Herbert von Karajan. Preocupat de problemele audierii muzicale, de procesul fiziologic și psihologic în audiere, Karajan a pus de altfel și bazele unei fundații care studiază modalitățile de receptare a ritmului, a consonanțelor și disonanțelor, a modului în care poate fi influențat omul prin muzică, a modalității în care prin muzică poate fi obținută relaxarea dar și concentrarea intelectuală. Tezele sale pe acest plan nu sînt cel-drept originale dar fundația, pe care a constituit-o în 1968, urmîrea de fapt să rezolve problemele de terapie muzicală, ce se găsesc de altfel de mulți ani în atenția unor cercetători din Europa și America.

În continuare, în pledoaria lui Iosif Sava în favoarea muzicii, s-a susținut necesitatea ei în viața omului. Muzica mare, muzica bună, singura muzică, adică cea de Bach, Beethoven, Brahms, Enescu și nu numai de aceștia, însă în nici un caz

muzica derizorie, muzica ce ațîță simțurile și incită la violență. Este nevoie, a mai spus domnia sa, de o anumită educație pentru a sădi în sufletele oamenilor dragostea pentru muzica ce înobilează sufletul și face omul mai bun. Medicii au o sarcină deosebită, după cum crede Iosif Sava: ar trebui ca în facultate să se apropie de muzică pentru ca apoi să facă același lucru cu pacienții lor.

— Considerați că receptarea muzicii este și o problemă de educație?

L.R.: Fără îndoială că este o problemă ce ține și de educația copiilor, mai ales a celor din perioada școlară mică, pentru deschiderea apetitului lor pentru muzica bună. Însă, în clasele I—IV nu sînt profesori de specialitate, iar în clasele gimnaziale, prea puține ore sînt afectate muzicii, în timp ce în liceu nu se predă deloc. Or, din capul locului, nu este un start favorabil percepției muzicii, deschiderii pe care tineretul ar trebui să o aibă pentru un anumit fel de muzică. În aceste condiții sigur că adolescenții nu ascultă decît decibeli.

— În esență, ce putem obține prin muzicoterapie?

CBS: Să creăm o stare internă în planul existențial capabilă să ne confere un confort, o bucurie, o trăire emoțională, care, după aceea, să aibă, drept consecință, nu dezorganizarea psihică, ci, dimpotrivă, reechilibrarea ei, apoi, prin efectele psihosomatice pe care le cunoaștem, să obținem, dacă se poate, o ameliorare a unor tulburări de natură biologică.

În mod inevitabil, datorită spațiului limitat, nu am prezentat decît o mică parte din dezbaterea despre posibilitățile terapeutice ale muzicii, folosirea valențelor ei profilactice, despre încercarea descifrării mecanismelor influenței ei asupra structurilor cerebrale.

Dorim să mai remarcăm că a asculta muzică nu este doar un act de cultură, ci și un act benefic pentru sănătatea noastră, a tuturor, pentru sănătatea psihică, fizică, morală.

Masa rotundă a fost, în fond, o pledoarie pentru asocierea muzicii altor mijloace terapeutice prin care medicul ajută pacientul să se vindece, așa cum odinioară, în legendă, Orfeu încerca să o salveze pe Euridice.

Lucian HUIBAN



Terapie naturistă

DIN ISTORIA PLANTELOR MEDICINALE

Plantele medicinale au fost cunoscute și utilizate încă din zorii civilizației umane.

Mărturii arheologice privind civilizația sumeriană, akkadiană, asiriană, caldeeană și babiloniană vin să dovedească acest lucru. Cîteva zeci de tăblițe de lut, din cele peste 20 000 descoperite la Ninive, prezintă denumirile unor plante medicinale folosite în acea vreme. De altfel, în străvechiul oraș-capitală există și astăzi o grădină cu plante medicinale.

Vechiu egipteni cunoșteau modul de întrebuințare în diferite afecțiuni al ricinului, pelinului, șofranului, cepei de mare, anasonului, chimionului, cepei, usturoiului etc. În papirusul „Ebers” (1 550 î.e.n.) se descriu 200 de plante medicinale. Practica medicală chineză, cu tradiții milenare, cunoaște un important număr de remedii vegetale. Se spune că împăratul Șen-Nung, considerat drept întemeietor al medicinei chineze, se ocupa cu studiul plantelor medicinale. Medicul indian Susruta (Susrutasamhita) enumeră peste 700 de medicamente, dintre care multe de origine vegetală (înainte de sec. II e.n.) folosite de medicina tradițională indiană. Dintre ele amintim: cînepa (*Cannabis indica*), usturoiul, smirna, muștarul ș.a. Printre cele 200 de remedii semnalate în manuscrisul „Bower” sînt trecute următoarele plante: ricinul, piperul, liciul (*Berberis licium*). Indienii foloseau, de asemenea, scorțșoara, cuișoarele, ghimberul, plantele din genul *Indigofera* ș.a. Civilizația greacă și romană au cunoscut o largă utilizare a plantelor medicinale, bazată atît pe experiența practicii medicale din ariile geografice respective, cît și pe cunoștințele asimilate în urma contactului cu alte culturi. Eruditul Teofrast, elev al lui Aristotel și părintele farmacologiei antice, enumeră în opera sa o serie de plante, printre care: *Papaver rhoeas*, *Sanguis draconis*, *Piper congun*, *Cinnamomum*, *Mastix*, *Piper nigrum*, *Althaea officinalis*, *Stirax*, *Terebinthina* etc. Cratenas, medicul lui Mitridate al VI-lea Eupator, scrie o carte despre însușirile plantelor medicinale, intitulată „*Rizotomikon*”. Medicul lui Augustus, Antonius Musa, a scris o lucrare intitulată „*De herba vettonica*”, care cuprinde 47 de rețete în care se utilizează planta *Betonica officinalis*. Medicul roman Scribonius Largus (sec I î.e.n.), în lucrarea sa „*Compositiones medicamentorum*”, descrie 242 de remedii vegetale. Printre ele amintesc de ferigă, usturoi, aloe, pelin, rosmarin, gen-

țiană. În sfîrșit, Galenus întemeiază o adevărată farmacologie în cadrul căreia majoritatea medicamentelor erau de origine vegetală.

Locuitorii Daciei preromane culegeau plantele medicinale și le exportau în cadrul relațiilor comerciale cu vecinii. În Dacia se practica atît o medicină cultă, sacerdotală, cît și una empirică, populară. În legătură cu folosirea plantelor medicinale în Dacia, menționăm informațiile rămase de la Herodot în legătură cu fumigațiile cu sămînță de cînepă practicate de sciții din regiunea Dunării de jos și Jordanes (pornind de la textele lui Dios Crisostomul, care a trăit un timp printre daci, la Sarmizegetusa). În afara legendelor și mărturiilor scrise, există unele indicii privind preocupările medicale pe teritoriul țării noastre în vremuri străvechi, care ne îndreptățesc să credem că plantele medicale au fost utilizate în scop anestezic în cursul unor operații chirurgicale. Faptul că s-a găsit o grămăjoară de sămînțe de cînepă arse într-o necropolă, datînd din perioada trecerii de la neolitic la epoca bronzului, legat de informațiile privind obiceiul practicării fumigațiilor cu sămînțe de cînepă (probabil *Cannabis indica*, cu proprietăți stupefiante) și de mărturia efectuării pe teritoriul țării noastre a unor trepanații craniene reușite (calusul cicatriceal indică supraviețuirea bolnavilor operați) cu ajutorul unor instrumente rudimentare din silex, bronz sau fier, ne duc la această concluzie.

Din cele 40 de sinonime dacice ale denumirilor plantelor medicinale din copile lucrărilor autorilor romani Pedaniu Dioscorides (de origine elenă) și Pseudo-Apuleius, studiate de către arheologul și lingvistul I.I. Russu, botanistul Váczy, filologul D. Deceu și alții, considerate de către doctorul G. Brătescu ca transcrieri greșite, stîlcite ale denumirilor originale, Constantin Daicoviciu consideră, de asemenea, doar 6 termeni a fi în mod sigur de origine dacică. Aceștia sînt: aniarșex („iarbă săracă”), budathla („limba boului”), di-sema („coda vacii”), dyn (urzică), mizela (cimbru) și riborastra (brusture). Aceste denumiri ale unor plante medicinale, rămase de la strămoșii noștri daci, constituie o mărturie elocventă a utilizării lor pe teritoriul României din cele mai vechi timpuri, dar și una din dovezile continuității noastre pe acest teritoriu.

Dr. Aurelian CONDURACHE

FÎNTÎNA ÎNȚELEPCIUNII

- Bătrînețea începe încă din copilărie, dacă nu odată cu însăși conceperea individului (C.I. Parhon).
- Bătrînețea e vîrsta înțelepciunii (proverb românesc).

- Cei obișnuiți să facă zilnic eforturi, chiar de sînt slabi și bătrîni, le suportă mai bine decît cei puternici și tineri, care nu sînt antrenaji la acestea (Hippocrate)

- Dacă vrei să trăiești în stare de bună sănătate, obișnuiește-te să fii bătrîn cît mai devreme (proverb spaniol)

- Masă lungă, viață scurtă. Masă scurtă, viață lungă (proverb italian)

- Omul nu moare, ci se omoară (Seneca)

- Gimnastica prelungește tinerețea omului (John Locke)

- Pierderea puterilor se datorește cu mult mai mult unei tinereți furtunoase, decît acțiunii distrugătoare a timpului (Cicero)

- Bătrînii trebuie înveseliți (J. Joubert)

- Cine se îngrașă, îmbătrînește (proverb românesc)

- Nimeni nu a trăit atîta pentru a muri într-adevăr de bătrînețe (Kauntz)

- Durata vieții depinde de sănătate, iar sănătatea este determinată de viața trăită (Sebastian Kneipp)

- Nu este ceva la care oamenii să țină mai mult, dar pe care să o ocrotească mai puțin ca propria lor viață (La Bruyere)

- Nimic nu slăbește și nu distruge corpul omului ca o îndelungată inactivitate fizică (Aristotel)

- A nu face nimic, a renunța la orice ocupație, iată nenorocirea bătrîneții (Victor Hugo)

- Sportul pune zăvor bătrîneții și o împiedică să intre în casă (Aristofan)

- O viață bine trăită și folosită dă o moarte bună, după cum o zi bine întrebuințată dă un somn bun (Leonardo da Vinci)

- Trîndăvia șubrezește corpul și duce la bătrînețe; munca îl întinereste și-l duce la o tinerețe prelungită (Aulus Celsus)

- Omul are vîrsta arterelor sale (Sydenham)

- Bătrînul nu are un dușman mai mare decît un bucătar bun (proverb arab)

- Îmbătrînirea se caracterizează prin multiplicitatea, duplicitatea și cronicitatea bolilor ce i se asociază (Zeman)

- Geriatria este singurul subiect al viitorului (H. Piquignot)

- Longevitatea este o noțiune esențial negativă: absența oricărei tendințe, specifice la boală (Martius)

- Bătrînețea se descrie, nu se definește. Realitatea dominantă pare diminuarea facultăților de adaptare (P. Mond Broca).

- Ni se pare foarte probabil că studiul științific al bătrîneții și al morții, care va trebui să constituie două ramuri ale științei - gerontologia și tanatologia - va aduce mari modificări în mersul înaintate al vieții (I. Mecinikov)

- Poate nu am îmbătrîni niciodată dacă nu am avea un dar blestemat, moștenit din bătrîni: inima (Octavian Goga)

- Toate bolile pot fi prevenite sau vindecate, inclusiv acelea ale bătrîneții și nimic nu ne poate împiedica să prelungim viața noastră, după dorință (Benjamin Franklin)

- Ce greu e să fii bătrîn și, mai ales, să meriți a fi bătrîn! (Nicolae Iorga)

- Bătrînețea poate fi senină sau amară. Senină devine atunci cînd se bucură de respect (V. Suhomlinski)

- Începi a muri atunci cînd pe nici un plan de activitate nu te mai poți depăși (Lucian Blaga)

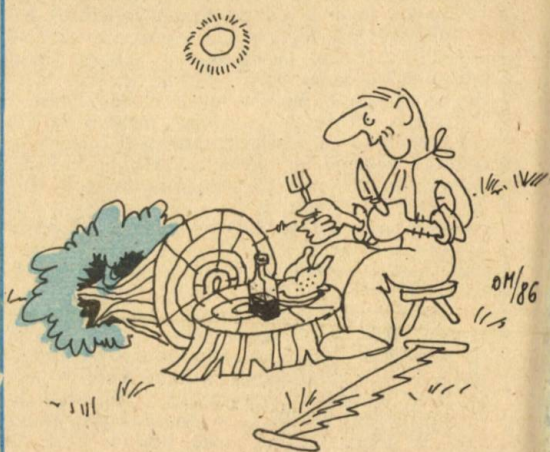
- Sportul este un izvor de sănătate și de prosperitate, un factor de longevitate (Ana Aslan)

- Să-i respectăm, să-i iubim și să nu ne fie rușine cu bătrînii noștri (A. Storin)

- N-ai muncit la tinerețe, pătmești la bătrînețe (proverb românesc)

- Timpul este un creditor care nu iartă niciodată (W. Shakespeare)

C. I.



MARIAN OPROIU

O „REPRIZĂ” CU DUCKADAM

București, 12 iulie 1986 orele 17,30. Pe unul din culoarele Spitalului Militar Central timpul pare a se fi oprit. Deasupra unei uși, o placă luminoasă ne avertizează... „Liniste! Se operează”. Aici o echipă de medici formată din cinci chirurghi un cardiolog, un anestezist și alte cadre medicale încep o lungă și grea intervenție chirurgicală menită a salva mina dreaptă, cariera sportivă sau poate chiar viața celui care te cu numai câteva săptămâni în urmă, în minunata noapte de 7—8 mai 1986 făcuse să i se rostască numele de către întreaga lume a fotbalului: „Helmuth Duckadam”. După aproape cinci ore de incordare, acești minunați oameni în halate albe au reușit să i înlăture primejdioasele cheaguri de sânge pe care un anevrism le făcuse să circule prin artera miinii drepte. L-am revăzut pe Helmuth Duckadam după câteva zile într-una din rezervele Spitalului Militar Central alături de soția sa Ana, refăcut fizic și moral, în afară de orice pericol, așa cum ne-a declarat dr. Vasile Chirdeș, cunoscută personalitate a medicinei românești, căndea care a condus echipa de medici ce a efectuat această dificilă intervenție chirurgicală.

Într-o recentă întâlnire pe care am avut-o cu mult îndrăgitul portar am consemnat, discuția ce urmează:

— Ce faci în prezent, Helmuth Duckadam?

— Continui exercițiile fizice de recuperare medicală în paralel cu ușoare antrenamente pentru menținerea formei sportive. Sper că după Anul Nou să relau antrenamentele alături de colegii din echipă. Până atunci învăț, fiind student în ultimul an al secției de subinginerii avion-motor din cadrul Facultății de mecanică din București. Îmi deduc de asemenea, mai mult timp cele doi copii ai mei Robert și Brigitte, citesc, îmi ajută soția în activitățile gospodărești.

— Fără îndoială că la ora actuală sînteți considerat unul din portarii cu performanțe spectaculoase din lume, întîlnirea din finala Cupei campionilor europeni de la Sevilla rămînd în antologie ca unică. Ați apărut în acest meci dovînd reflexe cu totul ieșite din comun. Desigur că ele sînt atît rodul unor antrenamente, cit și al calităților fizice care v-au favorizat într-o mare măsură. Totuși, în multe privințe, am avut senzația că ați depășit limitele fiziologice ale unui organism uman. Cum ați reușit acest lucru?

— Mi-am impus un regim de viață și activitate corespunzător, evitînd de la început ceea ce dumneavoastră denumiți în revistă „factori de risc”, precum alcoolul, tutunul, cafeaua, alimentația neștiințifică și alte genuri de abuzuri, reținînd că organismul ca să poată intra în longevitate și în performanțe fiziologice corespunzătoare trebuie să respecte un anumit tipar. Aceasta presupune, în ceea ce mă privește, respectarea unui anume program pe zile și ore, în care sînt prevăzute exercițiile fizice, dușul reconfortant, alimentația corespunzătoare, mersul cit mai mult pe jos, antrenamentul propriu zis pe terenul de sport, sub îndrumarea antrenorilor și medicului echipei, controlul periodic al stării de sănătate și, bineînțeles, cit mai multă mișcare, pentru a evita apariția timpurie a oboselii fizice și psihice, a îmbătrînirii premature. Toate acestea m-au ajutat să am o sănătate perfectă, să fiu în formă atît fizic cit și psihic, un motiv în plus de a explica reflexele de care aminteați.

— Ca oricare om, nu sînteți scutit de emoții atunci cînd apărați buturile echipei „Steaua”, fiind conștient de răspunderea ce o purtați în acest post-cheie de apărător. Sincer vorbind, la ce vă gîndiți în aceste clipe, ce sentimente ați încercat în finala de la Sevilla, cînd s-a ajuns la executarea loviturilor de la 11 m?

— Nu există sportiv, indiferent de domeniu, care să nu fie încercat de emoții mai ales cînd, în joc este o miză așa de mare. Vreau să spun că din cauza încordării nervoase și la acest meci, ca și la altele, în special la cele cu „Dinamo”, pînă cînd apar primele lovituri de minge am o ușoară emoție, cit și impresia că în loc de o pereche de ochi am sute de ochi, urmînd fiecare mișcare a fiecărui jucător, receptînd în egală măsură zgomotul tribunelor dar și încurajările suporterilor. Așa se face că la Sevilla, unde miza meciului a fost foarte mare, după prima lovitură de la 11 metri apărută mi-am dat seama că mai pot apăra și altele, avînd senzația că toată suprafața porții este acoperită de cel puțin 10 Duckadami, nerămînd nici un centimetru pe unde ar fi putut intra mingea adversarului în plasă. Bucuria de a da satisfacție tuturor suporterilor echipei „Steaua”, care în acea seară au fost de ordinul milioaneilor, mi-a dat și mai mult curaj.

— Am vrea să ne relațiți în ce măsură intervine, în salvarea unei situații deosebite, imaginația.

— Desigur că imaginația reprezintă un important atribut al ori-



cărui portar, ca și intuiția finalizării unei faze, acestea ajutînd la rezolvarea cu bine a acțiunii respective. Așa, de exemplu, la întîlnirea cu echipa „Kuusysi Lahti” am intuit că din schimbul de mingi între doi jucători finlandezi teoretic următoarea pasă trebuie să ajungă la un al treilea jucător care să șuteze din colțul careului de 16 metri, lucru care de altfel s-a și întîmplat. În acest fel am reușit printr-o robinsonadă să apar un gol aproape sigur. În ceea ce privește imaginația, acest lucru se rezolvă de multe ori în moduri diferite, în sensul că mingiile trase puternic cu le boxez, în timp ce mingiile trase de la distanță și în plin atac, pentru mai multă siguranță, le prind, blocîndu-le la pămînt. Dar în situații de atac continuu, cum s-a întîmplat cu echipa Anderlecht la Bruxelles, am folosit întregul corp pentru a evita înscrierea golului. În ultimă instanță reflexele de care aminteați sînt o îmbinare între intuiție și imaginație.

— În încheierea interviului, am vrea să ne spuneti ce ați dori să citiți în paginile revistei „Sănătatea”.

— Ca abonant al revistei de aproape 5 ani, am găsit-o utilă pentru sfaturile pe care le dă tineretului. Calde aprecieri aș face atît la adresa celor două suplimente, cit și a Almanahului revistei „Sănătatea”, un „supermagazin de sănătate” din care și noi, sportivii, indiferent de disciplină, avem foarte multe de învățat.

Aș dori să menționez rubrici ca „Interviuri lunii”, „Orizont științific”, „Sănătatea magazin” și să reluati rubrica „Din culisele sportului”, probleme mai ample privind medicina naturistă, aspecte din istoria medicinei, să publicați mai mult umor, avînd în vedere efectul tonifiant al risoterapiei.

Nu aș vrea să închei înainte de a aduce cele mai calde mulțumiri conducerei de partid și de stat pentru condițiile create echipei „Steaua”, conducerii clubului, precum și milioaneilor de suporterii pe care în acea seară de 7 mai 1986 i-am simțit alături de mine în obținerea victoriei de prestigiu pe care am înregistrat-o.

Lor, tuturor, le adresez urarea alăturată acum, în pragul noului an.

— Vă mulțumesc.

Nicolae MEDIANU

*Cititorilor almanahului revistei
Sănătatea cele mai frumoase
gînduri și urări de bine.
Huckadom*



TEHNOTON

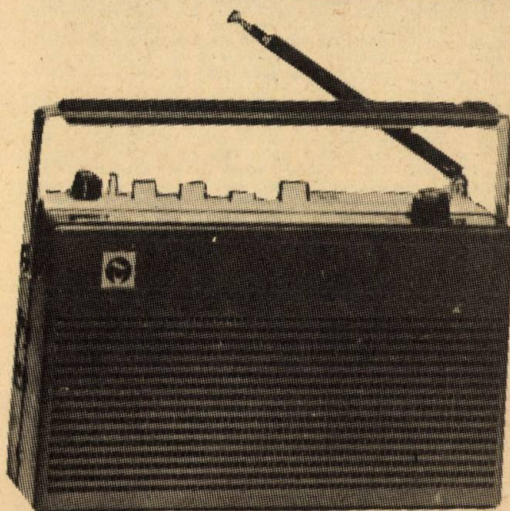
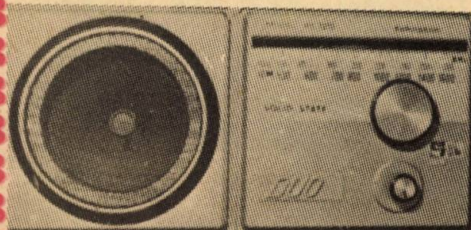
ÎNȚEPRINDERE PENTRU PRODUSE
RADIOTEHNICE DE LARG CONSUM
ȘI ECHIPAMENTE DE RADIO COMUNICAȚII
PROFESIONALE

Șos. Tutoara nr. 43, Iași 6600
telefon 981/35660; telex 022273

Produce și vă oferă
o gamă variată de receptoare
staționare și portabile



- * RR DUO 600 lei
- * RR MILCOV 600 lei
- * RR COSMOS 732 lei
- * RR SOLO-500 885 lei
- * RC -2320 5 600 lei



ÎN BENEFICIUL CONSUMATORILOR

Realizări și inițiative

Un colectiv de oameni entuziaști și pricepuți în realizarea unei arte culinare de calitate, în practicarea unui comerț modern, prompt și civilizată, cel de la Întreprinderea Comercială de Stat pentru Alimentație Publică Iași, se străduiește să îmbogățească continuu oferta sortimentală, propunând consumatorilor o gamă largă și variată de preparate și semipreparate culinare.

Preocupați permanent ca beneficiarul activității lor — marea public — să fie bine servit, să se simtă excelent și să petreacă clipe de neuitat la restaurantele și terasele din marea oraș așezat pe cele șapte coline din preajma Bahluiului, lucrătorii din cadrul Întreprinderii Comerciale de Stat pentru Alimentație Publică Iași urmăresc totodată să păstreze și să îmbogățească tradițiile culinare moldovenești și binecunoscuta ospitalitate.

Dintre numeroasele unități de alimentație publică din Iași, unele au fost locuri de întâlnire ale unor cunoscuți scriitori și oameni de artă. De exemplu, „Bolta Rece”, care datează din vremea lui Ștefan cel Mare, era locul preferat al poetului Mihai Eminescu și al povestitorului Ion Creangă. Astăzi oaspeții pot servi aici tradiționalele preparate culinare moldovenești realizate pe baza principiilor alimentației științifice, și utilizării eficiente a cărnii, peștelui, legumelor și fructelor.

Ore plăcute, cadru elegant și intim, prielnic evenimentelor deosebite, dar și meselor prietenești sau familiale, oferă și restaurantele „Select”, „Bucegi”, „Dunărea”, „Casa Vinătorului”, „Familial”, „Podu Roș”, „Cina”, „Arcu”, „Zimbru”, „Cotnari”, terasele „Brezu”, „Cîric”, „Strand”, „Bucium” ș.a.

Numeroase unități tip „Gospodina” — între care „Central”, „Expres”, „Podu Roș”, „Teiul”, cele din Piața și Bulevardul Independenței, din Piața Voievozilor și de la Complexul „Super Copou” oferă o paletă variată de preparate și semipreparate culinare create pe baza unor rețete originale.

Dintre unitățile cu preparate de patiserie-cofetărie, menționăm Patiseria „Podu Roș” din piața cu același nume, unde se găsesc, și bomboane cu forme deosebite, mult apreciate atât de copii cât și de adulți.

Și pentru ca am amintit de o unitate din cadrul centrului comercial „Podu Roș”, nu putem omite ultima inițiativă a I.C.S.A.P. Iași: Restaurantul-pensiune „Prichindel”, deschis în primele luni ale acestui an la etajul cofetăriei „Trandafirul” și destinat celor mai mici consumatori: elevi și pionieri. Aceștia li se oferă zilnic două variante de meniuri, fiecare con-



stînd din două feluri de mâncare și un desert „de casă”, totul la prețul de 11 lei.

Inițiativa și-a dovedit repede eficiența, peste 100 de copii servind zilnic aici masa de prînz. Acest fapt a determinat I.C.S.A.P. Iași să deschidă și în cartierul „Alexandru cel Bun” o unitate cu acest profil.

Prezentînd cîteva, realizări și inițiative ale Întreprinderii Comerciale de Stat pentru Alimentație Publică Iași, dorim să adăugăm invitația pe care v-o adresează harnicii ei lucrători, ca, de cîte ori vă găsiți în acest oraș, să le fiți oaspeți.

Veți fi bine primiți și serviți, vă veți simți excelent și veți petrece clipe de neuitat.



AZOMUREȘ

ȚIRCU-MUREȘ

PRODUCĂ

și LIVREAZĂ

PRODUCĂ



FILME RADIOGRAFICE MEDICALE UNIVERSALE: AZOIX RX-2

FILME RADIOGRAFICE MICRORADIOGRAFII PULMONARE: AZOIX MX-1 (70 mm x 30 m și 110 mm x 20 m)

FILME RADIOGRAFICE SERIOGRAFICE: AZOIX SX-1

FILME RADIOGRAFICE CINEANGIOGRAFICE: AZOIX AX-1 (35.. P x 50 m)

FILME RADIOGRAFICE ANGIO — SERIOGRAFICE: AZOIX ASX-1 (ROLE 30 mm x 20 m)

FILME MICROSCOPIE ELECTRONICĂ: AZO-AME (6,5 x 9 și 9 x 12)

HÎRTIE FOTOTEHNICĂ DE ÎNREGISTRĂRI ELECTROCARDIOGRAFICE: AZOGRAF EK-2

PLAN FILME NEGATIVE ALB-NEGRU PROFESIONALE: AZOPAN PS-21S

ALTE PRODUSE FOTSENSIBILE: FILME RADIOGRAFII INDUSTRIALE; FILME ȘI HÎRTII FOTOTEHNICE; FILME CINEMATOGRAFICE; FILME ȘI HÎRTII FOTO — AMATORI ETC.

FETE DIN IMPORT ȘI MIRESE ÎN RATE...

Günter Menger din Münster (R.F.G.) „oferă” prin cartotecile sale 8 000 de femei din 30 de țări diferite. Prețul lor oscilează între 3 000 și 13 000 mărci. „Zilnic mijlocesc cel puțin o femeie din străinătate” se laudă acest „întreprinzător om”. „Agenția” lui își câștigă clientela prin anunțuri detaliate, în ziare și reviste ca acesta: „Femei din Asia, vîrsta între 17—35 ani, deosebit de frumoase, tolerante, sincere, atrăgătoare, iubitoare, dragăstoase ca pisicile, simpatice, credincioase, partenere pline de bunăvoință pentru o viață întreagă, fără pretenții prea mari, caută parteneri pînă la vîrsta de 60 de ani”.

Cei interesați primesc la întoarcerea poștei o broșură de 34 pagini, plină de fotografii a „soților recunoscători”, care, chipurile, și-au găsit „femeia adevărată” prin mijlocirea acestei firme. Broșura laudă „marfa” agenției: „Fetele sînt neprihănite, integre și din familii bune!”

„Negustorul” are din acest negoț un venit frumos, așa că nu e nici o mirare că a ajuns milionar.

Agențiile de mijlocire a căsătoriilor din R.F. Germania s-au înmulțit ca ciupercile după ploaie. Ele „importă” fete și femei tinere din Tailanda, Indonezia, Filipine, Singapore, Coreea de Sud și, mai recent, din țări latino-americane. Cei interesați pot să-și comande tot ce doresc. „Marfa” este livrată imediat. Un serviciu deosebit pentru cei ce-și cumpără „neveste” importate: nevasta poate să și-o schimbe, ca orice marfă, în cazul că are „motive serioase”. Revista — „Bild” —, în coloana anunțurilor, publică și o ofertă deosebită: „Acum puteți să cumpărați în Hanovra femei și în rate”.

Annual, în R.F. Germania, prin mijlocirea acestor servicii, se realizează aproximativ 1 600 de asemenea „căsătorii”. Aici mai de grabă este vorba de zelul „antreprenorilor”, fiindcă nu este totdeauna clar dacă toți „candidații pentru căsătorie” au într-adevăr interes pentru fondarea unei familii sau e vorba doar de o „piscuță în pat”. Pe mijlocitori puțin îi interesează destinul și soarta acestor „flori scumpe de lotus”. În patriile „fetelor exotice” domnește o cruntă sărăcie și mizerie.

Lipsiți de scrupule, negustorii exploatează situația și dorința acestor femei de a scăpa de sărăcie. Ei apar ca niște negustori cinstiți, „oameni care apără ideea salvării de la sărăcie a acestor nenorocite”, semnalează ziarul „Frankfurter Rundschau”. Fetele sînt convinse că promisiunea unei căsătorii cinstite este reală. Familiile lor adună cu mari greutate sume mari pentru intermediarul localnic al agenturii străine. Multe din fete termină în baruri de noapte, în centre erotice sau la colțuri de stradă.

Posturile de radio din R.F. Germania nu de mult au dezvăluit zguditorul destin al „mireselor cumpărate”. Un club al popicarilor a cumpărat cu ajutorul casierei clubului o filipineză pentru 9 000 de mărci, cu care unul dintre popicari s-a căsătorit, ca de îndată s-o „împartă” cu restul membrilor clubului. La Nürnberg a fost arestat proprietarul unui bar care a „cumpărat” cinci fete din Tailanda, ca „fete de companie”. În R.F. Germania 3 000 de fete din Tailanda sînt obligate să se prostitueze. „Comerțul cu dragostea” este bine orga-



nizat. Fetele sînt păzite cu severitate, ca întregul câștig să fie încasat, pînă la ultimul bănuș.

Aceste „partenere importate” se cumpără și se vînd ca și caii sau cîinii de rasă pură. Dorințele și simțurile lor nu au loc în calculul negustorilor. Este un exemplu îngrozitor cum în țările capitaliste se înțelege „libertatea”.

În R.F. Germania poliția a urmărit și anchetat mai mulți mijlocitori ai unor asemenea căsătorii, precum și pe „patronii” caselor de toleranță, privind comerțul cu oameni, dar rareori s-a ajuns la vre-o acțiune de dare în judecată. Suspecții au „dovedit” că femeile au venit „în mod legal și nesilit de nimeni”. În „Casa germano-tailandeză” — o adevărată casă de toleranță —, cei interesați găsesc fete frumoase. Fetele trebuie să „lucreze”; ele au venit cu viză turistică, valabilă doar trei luni. De aceea sînt fără apărare față de „șeful” lor, care le amenință că, dacă nu sînt cumînți, le „bagă la apă” pentru prezență ilegală și fără permis de muncă. Acești „șefi” sînt expuși unui pericol minimal, pentru că legile au destule lacune.

Și astfel negustoria cu prostituate, comerțul cu fetele și tinerele femei, înfloresc în continuare nestingherite, netulburate.

George M. GHEORGHE

DE LA ȘARLATANISMUL PREZICĂTORILOR – LA NAIVITATEA CREDULILOR

A merge la un astrolog, prezicător, prooroc, ghicitor să îi se citească în palmă face parte din viața de toate zilele a celor din occident.

Soția suspicioasă caută aici un răspuns la întrebarea dacă soțul ei are sau nu o prietenă. Conștiinciosul angajat vrea să știe dacă este bine să se prezinte în fața șefului său pentru a-l ruga să-l mărească lafa.

Antreprenorii, negustorii, comercianții urmăresc cu mare grijă scăderea comenzilor și a veniturilor. Cînd o să vină atât de insistent anunțata prosperitate economică? Merită și este cazul ca în această perioadă să-și mărească imprumuturile și să investească în afaceri noi capitalul? Jucătorii se întreabă: merită să facem pariori, să jucăm jocuri de noroc?

Conjunctura șarlatanilor

Prezicătorii se laudă prin toate ziarele, revistele, la radio și televiziune, că cercurile politice și economice ar găsi „drumul cel bun” dacă li s-ar adresa lor. Acestea sînt cele mai eficiente anunțuri în actuala perioadă plină de teamă de viitor. „Întreprinderile de prooroci” au felurite și mistice denumiri: „Pythia Romei”, „Vrăjitoarea din Düsseldorf”, „Magul din München” etc. Presa de bulevard publică preziceri despre cele mai felurite catastrofe, despre cel de-al treilea război mondial, despre distrugătoare cutremure. Și dacă la data prezisă nu se întîmplă nimic, atîta pagubă. Omul, la urma urmei, poate să se și înșele.

O revistă feminină a încercat, în mod sarcastic, să-și exprime indignarea asupra acestor fenomene și le-a catalogat drept o nebulie la modă. Problema are însă rădăcini mai adînci. Potrivit datelor cercetătorilor opiniei publice, aproape 40 la sută din populația vîrstnică din R.F. Germania crede în fenomene ce depășesc granițele naturale, 56 la sută le consideră curate absurdități, în timp ce 4 la sută nu sînt prea convingși dacă este cazul să le respingă.

Se poate presupune că creșterea nesigurății economice, numărul din ce în ce mai mare al șomerilor, falimentele micilor, celor medii și a marilor întreprinderi, precum și dezorientarea, ca o consecință a acestora, contribuie și mai mult la înflorirea magiei negre. În favoarea acestui lucru vorbește și catalogul așa-numitelor frontiere ale disciplinei, editat de Herman Bauer din Freiburg în anul 1982. Pe 156 de pagini sînt înșirate 1 700 de titluri din 36 de sfere ale ocultismului. Pe primul loc se situează literatura astrologică cu 164 și misticismul cu 75 de titluri; în continuare, ur-

mează ghicitul în palmă, sprietoarele și spiritele. Literatura specială oferă publicații pentru începători, privind introducerea în astrologie și chiromanție.

Talismane împotriva demonilor...

Editura din Freiburg nu s-a specializat doar în literatura ocultă. Și-a format și un bogat repertoriu, avînd talismane împotriva reumatismului și impotenței, împotriva demonilor răi, fulgerelor și tunetelor. Ele costă „numai” între o sută și cinci sute de mărci. Cine simte o chemare spre a intra în contact cu „puteri mai înalte”, poate să-și comande, — în schimbul unei sume corespunzătoare — un glob de cristal (vezi foto), cranii și alte accesorii necesare pentru a afla adevărul magului și pentru călătorii în „sfere supranaturale”.

Revista lunară de mare tiraj „Esotera” arată, din chiar subtitlul său, căror sfere îi aparține: „Lumea supranaturală, la marginea cunoștințelor noastre”. Revista publică anunțuri care pentru noi au o nuanță comică: „Cine cunoaște o grupă de vrăjitoare de 40 de ani cu care aș putea intra în legătură?” sau „Cine poate să-mi dea informații despre cel de-al treilea război mondial?” sau „Am suferit un prejudiciu. Ce magie mă poate ajuta? Cer ajutor!”

Potrivit datelor, în R.F. Germania există mai bine de 2 000 de prezicători profesioniști, cu „acte înregistrate”. Numărul celor amatori este însă mult mai mare. Ei publică și editează cărți în tiraje mari, împlinesc revistele ilustrate și ziarele cu horoscoape. Patru din calendarele anuale cu prevederile viitorului ating 300 000 de exemplare și câștigul din această ramură de comerț se estimează la 50—60 de milioane de mărci.

R.F. Germania nu este unicul Eldorado al profesioniștilor ocultişti din occident. În Italia, ca să dăm un exemplu din orașele Torino și Milano, un ocultist revine la 400 de locuitori. Numărul total al „magilor” din Franța a ajuns în anul 1980 la 50 000 — de patruzeci de ori mai mare ca în 1968. În mod curent, ei sînt consultați de patru milioane de interesați. Majoritatea „clienților” sînt între 30 și 50 de ani.

Prezicerea viitorului s-a îmbogățit și prin prevederile cronicii astrologice din anul 1555 a lui Nostradamus (născut în 1503). Opera acestuia, plină de misticism, nu totdeauna clară, de multe ori cu dublu înțeles, a folosit drept bază cărții „pline de prevestiri” a francezului Jean Charles Fontbrune, apărută în anul 1980. Lucrarea acestuia „prevede” o perioadă pînă în anul 1999, cînd, potrivit previziunii sale și a lui Nostradamus, urmează „dispariția lumii”. Această „bijuterie”, cu titlul „Nostradamus — istoric și profet”, a fost repede vîndută în 50 000 de exemplare în cercurile pline de iraționalism, iar apoi a declanșat o psihoză isterică privind dispariția lumii.

În S.U.A., 32 de milioane de adulți cred în astrologie. Ei urmăresc cu atenție horoscoapele ce apar în mai bine de 1 250 de ziare, două treimi din publicațiile acestei țări. Și aceasta, cu toate că 186 de oameni de știință americani, între care și 18 laureați ai Premiului Nobel, s-au manifestat în repetate rânduri, în mod critic, împotriva acestei „plăgi spirituale”. De reținut că în S.U.A. și în țările vest europene trăiesc de trei ori mai mulți astrologi înregistrați decât fizicieni și chimiști.

Magul împotriva cancerului

Scena ocultă din R.F. Germania, numără 10 000 de vrăjitoare și descântătoare, care sînt „specialiste” în diferite metode de a te absolvi de „blestemele necuratului”, de „izgonirea duhuri-

lor rele” și a „stafiilor”. Un singur exemplu: un „zidar”, care trăiește lângă Lacul Bodansk, a căștigat cu aceste exorcizări nu mai puțin de 300 000 de mărci, pe care le-a scos din buzunarul a 240 de „pacienți”. Le-a promis că-i însămoștește de cele mai grele maladii, cum sînt cancerul, dizenteria, pancreatita, icterul. Alți „maestri” vindecă malariala cu fraze, rugăciuni și plăci cernite. În mod deosebit a stîrnit indignarea opiniei publice cazul unei tinere de 23 ani, studentă la pedagogie, Aneliese Michel din Klingenberg. Fata, care suferea de crize de epilepsie, a fost convinsă de către doi „exorcisti” să nu mai mănînce și să nu mai bea, căci numai în acest fel sufletul ei va fi mîntuit de rele. Fata a murit de inaniție...

Traducere
din revista „Wochenpost”

NOI, COPIII DE LA PERIFERIE

Drogurile sînt periculoase nu numai pentru cei ce le folosesc, ci și pentru copiii și tinerii din zonele unde se practică comerțul cu droguri. Anthony Adams a trăit și crescut în West Oakland (statul California — S.U.A.), unde din cauza drogurilor au fost asasinați mulți oameni. În rîndurile de mai jos el ne povestește cum și-a petrecut copilăria și anii de tinerețe pe străzile stropite cu singe.

* * *

Totul era cît se poate de simplu: știam că o să mă omoare, la fel cum au făcut-o și cu colegii mei de școală, dacă voi încerca să vînd droguri pe străzile din West Oakland. Dacă nu te îndepărtează prin metoda lui un vînzător de droguri, te lichidează vreun narcoman fiindcă i s-au vîndut droguri ce i s-au părut lipsite de calitate.

Unsprezece dintre prietenii mei sînt deja pe lumea cealaltă. Au căzut victime „războiului cu droguri”, care de multă vreme domină fostul meu loc de acțiune. Acești băieți nu mi erau niște prieteni întîmplători. Totdeauna, după orele de școală, jucam împreună fotbal sau baschet și destul de des petreceam și serile împreună.

De droguri am fost legați din fragedă copilărie. Nu era ceva deosebit să vedem în fața ochilor noștri cum își dă duhul vreun narcoman sau vreun narcomană. După moartea lor, copiii îi dezbrăcau de haine, le luau banii, ceasurile, pantofii.

Copiii în comerțul cu droguri erau organizați ca pe cîmpul de luptă. Cel în vîrstă de 9—10 ani erau înregistrați ca „paznici”, sarcina lor fiind aceea de a urmări eventuala apariție a poliției. Dacă apărea vreun pericol la orizont, strigau: „Atenție, muște!” Pentru această muncă răsplăta era de 250 de dolari pe săptămînă. Lipseau cu toții destul de frecvent de la școală ca să se poată dedica „muncii”.

La 15—16 ani se putea avansa „sergent”. Cu acest grad, sarcina obligatorie era să îți în gură un balonaș cu heroină pură și să-l înghiți dacă apărea poliția. De la 18 ani puteam să fim avansați, natural, dacă am manifestat în mod suficient loialitate față de „comandant”. Sarcina era să transportăm drogurile de la „gros” — „generalului” comandant. Pentru această muncă puteai să primești săptămînal chiar 1 000 de dolari.

Aceasta a fost lumea în care am crescut eu și colegii mei de școală. Lumea școlii lui Prescott din West Oakland. Acum, după ani de închisoare și boală, nu mi-au rămas decît amintirile unei vieți irosite fără rost.

Am avut, de exemplu, un prieten care se numea Williams. El a venit în conflict cu legea încă din clasa a șasea. Mama lui, care muncea cu ziua, nu-l prea ajuta și a decedat și ea în urma narcotizării; tatăl său a terminat cu viața ca pușcăriaș în închisoarea San Quetine de lângă San Francisco. Ultima dată l-am întîlnit, împreună cu prietena mea, cu o seară înaintea morții sale. „E păpușica ta?” — m-a întrebare cînd am coborît din autobuz toți trei. În mijlocul orașului l-a tras o palmă fetei, l-a smuls poșeta și a dispărut. A doua zi pe Williams l-au găsit mort pe un teren de joacă a copiilor. Căuza ar fi fost, chipurile, că a vîndut unui narcoman cafea spunîndu-i că e heroină. Dar ce m-a întristat cel mai mult, a fost faptul că în zările locale scria despre el că a fost „un copil drag, bun și un elev moritor”.

Apoi a urmat Charles. Stătea și vindea marijuana și cocaină. „Lucra” pe artera drogurilor dintre 90 Avenue și Plymouth Street. Anul trecut l-au ucis membrii „gangului” concurent cu ocazia disputei teritoriului.

Cu Clarence am fost coleg în clasele inferioare. La vîrstă de 18 ani el a devenit „comandant”. Era „secretarul” șefului bandei. Clarence a murit fiind împușcat de un glonț ce era îndreptat spre șeful lui.

Cel mai tragic destin l-a avut Jimmy, prietenul meu cel mai apropiat. Avea 21 de ani. L-am cunoscut prin intermediul surorii sale. Vara trecută l-a omorît în colțul străzii un grup de tineri narcomani care l-a confundat cu altcineva. Jimmy avea un copil mic, ducea o viață familială normală și avea și o slujbă bună la un restaurant.

Toate aceste cazuri mortale nu numai că au avut asupra mea o adîncă influență, dar mi-au întărit convingerea că trebuie să mă îndepărtez de cercul acestor oameni.

N-a fost prea ușor. „Generații” îmi solicitau serviciile, aveam deja un nume. În clasele inferioare ale școlii și eu făceam „afaceri” cu marijuana. Abia

după ce am rămas de câteva ori repetent mi-am dat seama că trebuie să-mi schimb viața.

Cel mai mult m-a ajutat mama. Așa am putut ajunge pe drumul bun; ei îi datorez totul. De la școală trebuia să vin direct acasă și eu am început să-l respect dorința. Apoi am fost bucuros când m-am înscris în altă școală medie din West Oakland. Am constatat că pe colegii mei îi interesează mai mult școala decât drogurile. S-a ocupat de mine un dascăl care mi-a trezit dragostea pentru poezie. Așa am devenit până la sfârșit redactorul revistei școlare. Mai apoi, au început să-mi trezească interesul reportajele, ziaristica și am început să scriu conversații cu foștii mei prieteni din „cartierul cu necazuri”. Pe atunci, unii dintre ei deveniseră „profesioniști” în comerțul cu drogurile și nu odată am primit telefoane, fiind amenințat că dacă voi scrie ceva „neplăcut” despre ei acesta va fi sfârșitul meu.

După anii care au trecut, când îmi amintesc de aceste „vieți pierdute” mă gândesc că poliția nu este instituția care ar putea rezolva problema stupefiantelor, fiindcă atunci când se face ordine într-un raion afacerile înfloresc mutindu-se în altă parte.

Unica rezolvare este fuga din acest mediu și, bineînțeles, școala! Eu am fost primul om din trei generații ale familiei noastre care am absolvit liceul. Și dintre cei 300 de colegi, eu am terminat liceul pe locul treisprezece.

Unii spun că degeaba am fugit. Nu-i așa!

Pe mine m-au urmărit chipurile copiilor pe care i-am cunoscut, care au trebuit să moară înainte de a împlini vârsta maturității.

Viața lor a fost un drum scurt, ca o cărare de beton.

Adaptare din revista
„U.S. New and World Report”

CRIMINALI FĂRĂ MOTIV?

Este îndeobște cunoscut că numărul fâlhărilor și crimelor în S.U.A. este în permanentă creștere. Una din principalele probleme ale poliției americane este stabilirea cauzelor ce duc la o serie de asasinat fără nici un motiv.

Anual, în S.U.A. sînt asasinați aproape 20 000 de oameni și aproape tot al cincilea criminal rămîne nedescoperit. Din ce în ce mai mulți delinvenți mișună în Statele Unite și își caută victimele în special printre femei și copii. În cadrul unei acțiuni în orașul New Hampshire, polițiștii l-au împușcat pe Christopher Wilder, care era urmărit în nouă state americane în urma comiterii a nouă crime. În aprilie 1985 a fost condamnat la moarte, în Texas, Henry Lee Lucas, care a recunoscut că a ucis 360 de oameni. În Salt-Lake-City a fost, de asemenea, condamnat la moarte Arthur Bishop pentru asasinarea a cinci băieți, fiind urmărit și pentru alte zece crime în statele Utah și California. Gerald Stano a recunoscut că a ucis 41 de femei din statele Florida, New Jersey și Pennsylvania. Asasinul a 20 de femei, a căror cadavre au fost găsite pe malul râului Seattl, este cunoscut deocamdată de poliție numai sub porecla de „ucigașul de la Green River”!

Pentru prima oară au fost descoperite mai multe crime fără nici un motiv în anul 1888 la Londra. „Jack Spintecătorul” a omorât atunci șapte femei. În S.U.A. în acel veac au avut loc, de asemenea, astfel de crime. În ultimul timp numărul lor crește din ce în ce mai mult. Deși fiecare caz e cu ceva diferit de celelalte, toate prezintă semne comune: făptașii au în primul rînd o „înclinație” pentru fapte care pot fi mai ușor „dominate”, de aceea majoritatea victimelor sînt femei și copii; în mod frecvent se constată interesul lor pentru pornografie; atacurile sexuale sînt la ordinea zilei; s-a constatat că criminalii în copilărie au fost incendiatori, au chinut animale și de multe ori au abuzat de părinții lor.

Este surprinzător că deși dezechilibrul mintal i-a dus pe acești oameni la crime, acțiunile, înfățișarea și comportarea lor nu par neobișnuite.

„Sînt foarte sociabili” — a declarat Robert Kep-

pel, judecătorul de instrucție al procuraturii din Wahsington, care s-a ocupat de multe asemenea cazuri, „nu sînt monștri, ca oamenii să-i poată ușor și repede identifica”. Pînă la sfârșit, ei se împrietenesc în prealabil cu victimele. Wilder, de exemplu, a ademenit sau ispitit mai multe femei pe care le-a ucis sau a vrut să leucidă, promițîndu-le ajutorul său în cariera lor de manechine, angajări la filme, s-a oferit să le facă fotografii etc.

Autoritățile susțin că ocaziile de crime sînt facilitate și de marea migrație în S.U.A. Dese victime sînt și cei ce călătoresc cu auto-stopul sau colindă regiuni părăsite.

Seria asasinatelor trezește de obicei atenția cînd acestea au loc într-o anumită regiune. Ministerul Justiției din S.U.A. centralizează caracteristicile tuturor crimelor din cauze necunoscute în calculatoarele Centrului General de Instrucție din Quatic (statul Virginia). Crima marchează personalitatea ucigașului, dovedind ura, minia, impulsivitatea, singele rece, indiferența, nepăsarea și rafinamentul. Încă în cursul acestui an poliția va putea compara cazurile de crime săvîrșite în mai multe localități. Cînd anchetatorii vor înlîni cazuri neobișnuite, vor putea apela la acest centru din Virginia. Anual se fac studii pe diferite tipuri de criminali, care vor facilita identificarea a sute de suspecți. Acest sistem de lucru a fost eficient; astfel, numai în anul 1985 au putut fi identificați făptașii a 50 de crime și 126 de violuri.

Care sînt cauzele care concură la apariția acestei situații și cine se face vinovat de pierderile de vieți omenești, într-o țară în care se face atîta tapaj de gradul crescut de cultură și civilizație? Ce anume determină această stare de lucruri într-o lume ce se pretinde a fi a modului de viață cel mai prosper? Răspunsul, pe care marea majoritate a americanilor îl cunosc, ca și lumea întreagă, vizează însăși societatea capitalistă, structura ei de bază, în care asuprirea, crima și mizeriile sînt elemente ale descompunerii și autodistrugerii sale.

T.CUTLIC

VIRUSUL CARE A ÎNSPĂIMÎNTAT AMERICA

ALARMĂ LA CDC

În luna mai 1980, la Mount Sinai Medical Center din New York City, a fost internat un bărbat de 32 de ani pentru ulceratii rectale severe, leziuni și infecție cauzată de două apropiate și înrudite virusuri, herpes simplex și cytomegalovirus. Pacientul avea febră, lipsa apetitului, dureri abdominale. Dar ceea ce l-a alarmat pe medicul care-l examinase, dr. Frederick Siegal, era distrugerea sistemului imunitar al pacientului care, de altfel, a și decedat câteva luni mai târziu, în august. Doctorul Siegal l-a telefonat prietenului său Donald Armstrong, șeful serviciului de boli infecțioase de la Memorial Kettering Cancer Center. Siegal a fost foarte surprins când Armstrong a spus: „Ține-te bine. Avem și noi așa ceva aici”. Acesta a fost momentul când medicii americani și-au dat seama că se întâmplă ceva neobișnuit. Că apăruse o nouă boală ce va semăna moarte și neliniște și care, totodată, va focaliza eforturile cercetărilor, boală ce a primit numele de «Sindrom imunodeficit dobândit» cunoscut în Statele Unite sub inițialele AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) iar în Franța, SIDA (Syndrome Immuno Déficitaire Acquis).

Echipa doctorului Siegal mai avusese cinci pacienți cu o maladie asemănătoare. Toți erau bărbați de aproximativ 30 de ani și prezentau o distrugere a sistemului imunitar. Infecțiile herpetice erau masive, cu diseminări întinse ce provocaseră mari ulceratii. Deficitul imunitar — o rezistență scăzută la boli — fusese dobândit. Nu-l avuseseră înainte. S-a presupus că un agent, ce încă nu era identificat, reducea sistemul de apărare al organismului. Siegal, ca și alți medici din S.U.A., a informat îndată Centrul de control al îmbolnăvirilor — Center for Disease Control (CDC) — din Atlanta, unde sînt monitorizate cazurile de SIDA și sînt colectate toate informațiile și datele de bază computerizate.

Tot în acea perioadă, la New York University Medical Center (NYU), medicii au internat un bolnav cu noduli vasculari multipli, caracteristici unei forme foarte rare de cancer, sarcomul Kaposi (KS). Au urmat apoi alte două cazuri și, imediat după aceea, încă 19. Toți erau sub vîrsta de 50 de ani, lucru foarte rar, deoarece, de exemplu, în Italia sau în estul Europei, sarcomul Kaposi apare după 65 de ani, într-o proporție de 5 cazuri la 10 milioane de oameni. Medicii de la NYU s-au alarmat cînd au fost internați simultan trei bărbați tineri care aveau această boală.

Autoritățile medicale au fost și mai derutate cînd, în rapoartele primite la CDC în primăvara și în vara anului 1981 au fost menționate cinci cazuri, la trei spitale diferite din Los Angeles, de o formă foarte rară de pneumonie cu Pneumocystis carinii (PPC). Două dintre ei au și mu-

rit la scurt timp. La New York, din 20 de pacienți cu KS, șapte au încetat din viață. Dobîndirea deficiențelor imunitare dădea cale liberă suprainfecțiilor sau cancerelor obscure, care, în final, omorau pacienții.

Rapoartele CDC sînt caracterizate printr-un limbaj restrîns, precis și la obiect. De aceea, formularea următoare a surprins toată lumea: „S-a raportat o neobișnuită malignitate în Statele Unite”. Formulă completată cu știrea că 26 de cazuri au fost „considerate în cel mai înalt grad ciudate”. Pentru cititorii obișnuiți ai rapoartelor clinice de morbiditate și mortalitate ale CDC, ce erau difuzate lunar, aceste cuvinte erau pur și simplu senzaționale. În fiecare caz erau întrunite două condiții. Prima, demolarea sistemului imunitar. A doua, toți pacienții, fără excepție, erau tineri bărbați homosexuali (HS). De ce îi lovea sindromul pe ei? Ce se ascundea în spatele acestor fapte?

PE URMELE AGENTULUI NECUNOSCUT

În august 1981, CDC, care face parte din Serviciul de Sănătate Publică, a cerut ajutorul epidemiologilor. Din 108 cazuri raportate, 43 la sută muriseră. PPC ucisese 32 dintre ei. Echipa „Epidemic Intelligence Service” a CDC a început cercetările în comunitățile celor ce duceau o viață desfrînată, în spitale, clinici dermatovenerice și chiar în anumite străzi și cartiere, convingînd HS să spună numele contactilor. Epidemiologii și-au concentrat atenția asupra obiceiurilor acestor bărbați. Sociologi și psihologi au notat multe nume și au cercetat partenerii HS în cercurile celor imorali.

Pacienții cu SIDA menționaseră doar 500 de „prieteni”, dar CDC a descoperit și studiat peste 1 100 de foști parteneri ai bolnavilor, și se aprecia că ei erau, în realitate, peste 2 000. Rezultatele au fost relevante, surprinzătoare și alarmante pentru autorități: HS să aibă așa mulți parteneri în același timp! S-a încercat să se facă o legătură cu alte boli transmise pe cale sexuală. Într-adevăr, 58 la sută din victimele cu SIDA avuseseră gonoree și 47 la sută sifilis. S-a dat vina pe promiscuitate. Dar HS nu dețin monopolul la acest capitol. Acesta a și fost motivul pentru care ei au început să se agite și să protesteze, susținînd că totul nu e decît o manevră împotriva lor, că SIDA e doar o poveste.

Pentru medici devenise clar că în practica sexuală bărbații HS erau cheia transmiterii bolii și nu cauza. Practi-

careia HS cu mulți și diferiți parteneri mărea riscurile expunerii la bacterii, protozoare sau virusi.

Ca urmare a investigațiilor CDC, s-a constatat că o substanță care se folosea pentru tratamentul anginei era întrebuintată ca stimulent sexual. Nouă din zece pacienți cercetați o foloseau. Droguia a fost primul suspect pentru că era bine stabilit că acesta slăbește sistemul imunitar. Luînd în supraviețuire 50 de pacienți și 120 de subiecți sănătoși care frecventau anumite baruri, așa-zisele băi publice, ca și alte locuri dubioase, s-a constatat că mulți dintre cei ce se îmbolnăviseră foloseau practici sexuale ce cauzau tăieturi și eroziuni, contactul cu sîngele făcînd să crească riscul îmbolnăvirii. Numărul de cazuri fiind în creștere, trebuia descoperit de urgență de ce heterosexuall nu sînt afectați.

Din iunie 1981 pînă în aprilie 1982, doi investigații de la CDC, cercetînd 13 cazuri noi de SIDA în Los Angeles, relațiile acestor bolnavi, au stabilit, fără nici un dubiu, că nouă dintre ei erau în lînșuții de alți pacienți, formînd o serie interconectată de cazuri. Teoria că există un agent infecțios era, de-acum, larg răspîndită.

Numărul mare de îmbolnăviri a făcut posibilă elaborarea, în această perioadă, de către Beth Israel Medical Center, a unui set de semne precoce, care să-l alarmeze pe cel ce eventual le avea. Chiar dacă aceste simptome sînt vagi, dacă se mențin luni de zile fără nici o modificare, constituie un motiv serios de îngrijorare. Acestea sînt: febra, apetitul scăzut, diareea, oboseala extremă, mărirea ganglionilor limfatici. Dr. Enlow de la acest spital arată că limfadenopatia generalizată care "durează timp de mai multe luni este un semn suficient de convingător încă înainte de apariția suprainfecțiilor sau a cancerelor supraadăugate.

În august 1982, trei medici de la Harlem Hospital Center din New York au publicat o comunicare în *New England Journal of Medicine* despre un pacient pe care-l aveau în tratament. Era un bărbat de 28 de ani, toxicoman, care-și administra drogurile pe cale intravenoasă. Condițiile de apariție ale bolii erau aceleași, inclusiv sarcomul Kaposi. Există totuși o diferență, un element nou care răsturna tot ce se știa pînă atunci despre boală. Acest pacient era heterosexuat. Scrisoarea celor trei medici conclusea cu următoarea notă: "Dezvoltarea sarcomului Kaposi la toxicomani heterosexuali sugerează că factorii implicați în originea acestor boli nu trebuie limitați doar la HS, iar populația cu risc crescut este mult mai mare decît se considera inițial".

Noutățile epidemice care au abătut atenția, pentru moment, de la grupurile de HS au fost un șoc. În mai 1982 s-a constatat că 33 de heterosexuali care se drogau pe cale intravenoasă (DIV), printre care erau și 8 femei, au murit pentru că sistemul lor imunitar fusese distrus. Sindromul amenința și alte categorii de populație ale societății americane și evidența posibilitatea transmiterii bolii și prin injecții.

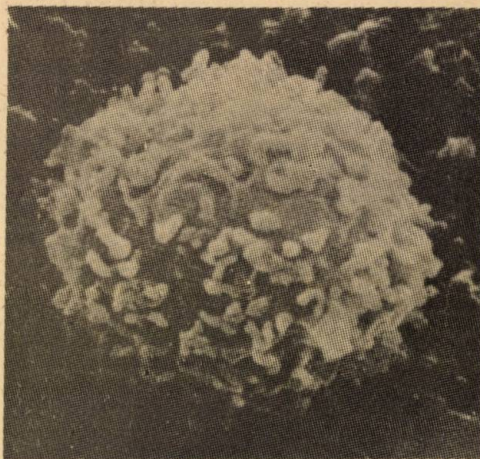
La sfîrșitul anului 1982, numărul de îmbolnăviri urcase la 951, suferinții avînd KS și/sau PPC. Optzeci la sută erau HS sau bărbați bi sau heterosexuali (heterosexuatitate: sexualitate normală, firească, atracție pentru sexul opus; bisexualitate: atracție simultană pentru ambele sexe). În fiecare săptămînă apăreau 10—15 noi cazuri. De la începutul epidemiei, recunoscut a fi în anii 1979—80, numărul acestora se dubla la fiecare 6 luni. Rapoarte medicale arătau că SIDA începea să se răspîndească și în Belgia, Elveția, Franța, Anglia, chiar și în îndepărtata Australia.

În aceeași perioadă a apărut încă un element nou, care se referea la cel cu hemofilie. Trei hemofilici care fuseseră tratați cu factorul VIII provenit din sîngele primit de la donatorii bolnavi de SIDA s-au îmbolnăvit, doi dintre ei murind.

În sfîrșit, HS s-au alarmat, și-au dat seama că nu e o "manevră" împotriva lor și că lucrurile sînt foarte serioase. Gay Men's Health Crisis, organizația care se îngrijește de sănătatea HS, făcea cunoscută membrilor săi o listă cu 50 de medici ce aveau o "vastă experiență în SIDA". Medicii Caroline MacLeod și Mark Whiteside de la Laboratorul de boli tropicale din Miami au observat că în Africa Ecuatorială, o formă rară de KS ce lovea copiii era foarte asemănătoare cu cea răspîndită la HS cu SIDA din

Statele Unite. Apoi, cercetătorii belgieni au diagnosticat cazuri clare de SIDA în această zonă, unde KS reprezintă 11 la sută din totalul cancerelor. Atunci, cei doi medici din Miami au lansat teoria că o formă de SIDA este de mult endemică în acea zonă din Africa, ceea ce, dealtfel, s-a și confirmat.

Dr. Myron Essex, împreună cu echipa sa de la Școala de sănătate publică Harvard, și-a început cercetarea virusului ce produce leucemia celulelor T la om, HTLV (Human T Leukemia virus), ce fusese descoperit în 1980, exact în timp ce SIDA intra în scena medicală. Or, SIDA ataca tocmai celulele T. Legăturile făcute între HTLV și SIDA l-au condus pe Essex, ce studia anticorpii provocați de virus, la descoperirea faptului că 27 de pacienți din 75 de suferinzi de SIDA erau infectați cu HTLV. Cum toți prezentau aceleași simptome, concluziile au fost că nu e vorba doar de semnele prevestitoare ale SIDA, ci mai degrabă de un sindrom propriu, numit de americani ARC (AIDS-Related Complex) și de francezi para-SIDA. Și aceștia prezentau o perturbare a sistemului imunitar, dar de o amploare mai mică. Cercetările pe cazurile cu SIDA au arătat o micșorare considerabilă a numărului limfocitelor care aveau la suprafață glicoproteina T₄. De asemenea, s-a evidențiat și o inhibare a lor, cele persistente nemăreșind să se multiplice.



Unii spun că seamănă cu o floare exotică, alții că e ca o portocală plină cu viermi. Oricum, acest mic ghemotoc, care nu se vede decît la microscopul electronic, este temutul virus al SIDA.

DISPUTĂ ÎNTRE SAVANȚI

În același timp, doi oameni de știință, independent unul de celălalt, studiau acest virus: biochimistul Robert Gallo, șeful Laboratorului de biologie celulară a tumorilor, de la National Cancer Institute (NCI) din Bethesda și virusologul Luc Montagnier, șeful Centrului de oncologie virală de la Institutul Pasteur din Paris. În 1983 cei doi cercetători au descoperit, separat, virusurile ce afectau celulele din sîngele pacienților cu SIDA. Gallo era însă derutat de faptul că celulele bolnave nu supraviețuiau destul pentru a fi studiate temeinic.

În luna mai 1983, Montagnier a publicat în revista *Science* un raport privind identificarea virusului, numit de el LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), prezen-

tind și fotografia acestuia, executată la microscopul electronic. Aici, informațiile furnizate de el se sfârșeau. Când savantul francez introducea virusul în celule, în condiții de laborator, acesteaureau înainte ca orice observații să poată fi făcute.

În următoarele opt luni, Gallo a reușit să stabilească dacă celulele T puteau fi rezistente la virus. El a început și un studiu metodic ce urma să aducă o mare cantitate de informații despre virusuri, studiind acizii nucleici, structura lanțurilor la gene, supravegherea învelișului de proteine al virusului. De asemenea, prin inocularea la animale a virusului SIDA, a studiat rolul anticorpilor. În mai 1984, el era pregătit să publice rezultatele. Nu numai că identificase virusul, dar, în limba științific, îl izolase, efectuând cercetări complete asupra celulelor. Mai mult, el a reușit să izoleze virusul de la 52 de pacienți. Pentru că era o variantă a virusurilor HTLV-I și II, ce produceau anumite forme de cancer, el l-a numit HTLV-III. De asemenea, Gallo raporta că pacienții infectați cu HTLV-III nu prezentau anticorpi pentru altele de virusuri.

Fiecare dintre cei doi cercetători susținea că virusul descoperit de el este cel adevărat. Au fost înainte, cit și după 1983 — anul decoperirii virusului — multe etape care au marcat fiecare treaptă cucerită de către el. Fără a le menționa pe toate, și fără a intra în amănunte, amintim că disputa dintre cei doi oameni de știință continuă și acum. Astfel, în experimente separate, comparând secvențe genetice ale virusului SIDA cu cele ale HTLV, tipurile I și II, el ajung la rezultate diferite. Gallo publică, în ianuarie 1985, în revista *Nature* că cele trei virusuri au similitudină structurală și funcționale, în timp ce Montagnier anunța în revista *Cell* că nimic din înfățișarea HTLV-I și II nu se observă în cazul virusului LAV. În această controversă sînt implicați și alți cercetători, de exemplu, specialiștii în virusuri lente. Virusul SIDA aparține sau nu acestei categorii? Pînă la elucidarea tuturor divergențelor ce există între cele două grupuri, virusul poartă atît numele dat de Gallo, cit și cel dat de Montagnier HTLV-III/LAV. În orice caz, susțin specialiștii, clasificarea corectă a virusului este absolut necesară înainte ca oamenii de știință să treacă la prepararea unui vaccin.

Disputa, doar în plan științific, este publică din februarie 1985 și a fost prilejuită de o conferință de presă ținută la New York, cei doi savanți fiind în relații cordiale și fotografiindu-se împreună pentru presă.

Nu de mult timp, *Science Digest* anunța posibilitatea acordării Premiului Nobel pentru medicină celor doi oameni de știință. Indiferent dacă îl vor primi sau nu, indiferent de rezultatele luptei pentru prioritate, remarcabil este că medici, biologi, biochimisti își fac datoria pe „frontul vieții”.

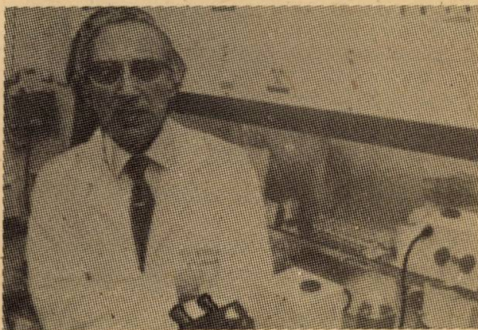
DE LA SF LA REALITATE

În 1969 apărea la New York romanul de Science fiction *The Andromeda Strain*. Autorul, scriitorul american Michael Crichton, imaginează un microorganism care, în anumite condiții, putea suferi o mutație, devenind periculos pentru om: Volumul, tradus și în limba română sub titlul *Germeul Andromeda*, s-a bucurat, la vremea lui, de un deosebit succes. Iată că, la numai zece ani, omenirea se lovea de o situație asemănătoare. De data aceasta, germeul nu mai era rolul imaginației unui scriitor, ci un virus cit se poate de real și de prezent aici, la noi, pe Terra.

Se pare că virusul SIDA, HTLV-III/LAV este vechi de câteva sute de ani, dar nu a fost periculos pentru om pînă



Virusul SIDA a fost obiectul unor intense cercetări simultane în Franța și în Statele Unite. La Paris, profesorii Luc Montagnier (stînga), Jean-Claude Chermann și Francoise Barre-Sinoussi, de la Institutul Pasteur, au identificat, în 1983, virusul SIDA, VAL (Virus Associé de Lymphadénopathie)



În Statele Unite, Robert Gallo a izolat HTLV-III, un virus similar, în 1984.

În momentul cînd a suferit transformarea ce l-a făcut virulent. HTLV-III este un virus ARN (conține acid ribonucleic) și se presupune că își are originea la maimuțele africane și japoneze. Din cauza similarității virusului SIDA cu unele virusuri ce afectează animalele, Robert Gallo imaginează un interesant scenariu. El presupune că, prin mai multe mutații, în decurs de câteva sute de ani, virusul a devenit virulent pentru om. Astfel, el crede că acest microorganism este originar de la maimuțele din Africa, de unde a fost dus în secolul al XVI-lea de către corăbierii portughezi spre porturile insulelor nipone, unde HTLV a cunoscut o evoluție spectaculoasă către adaptarea la condițiile organismului uman, prin intermediul maimuțelor din Japonia. Dar evoluția lui nu era încă terminată. După ce a fost readus în Africa, e transmis mai departe, către insulele din Marea Caraibilor, unde a îmbolnăvit pisicile, care făceau o formă de leucemie provocată de un virus ARN. Acolo, cu sute de ani în urmă, cei ce asistau la practicile mistice Woodoo, mînceau capetele pisicilor, contaminîndu-se cu un virus care își continua calea către forma de astăzi.

E greu de stabilit acum ce s-a întîmplat cu sute de ani în urmă și mărturiile vremii, cum că niște maimuțe au

fost plimbate de pe un continent pe altul, nu spun mai mult în favoarea ipotezei formulate.

O altă ipoteză, la fel de interesantă, este aceea că virusul a fost adus direct pe continentul american, odată cu dezvoltarea comerțului cu sclavi. Mai circulă și alte ipoteze, dar din lipsa de spațiu, nu le mai amintim.

Ne putem aștepta că și în viitor, peste ani, să existe astfel de mutații — influențate de climă, obiceiuri etc. — ale microorganismelor care acum afectează doar animalele. Iată un alt exemplu. Virusul maladiei Borna cauzează spasme, paralizii și schimbări în comportamentul oilor și cailor. Boala este endemică în R.F. Germania și Elveția. În cercetări recente, anticorpii virusului ce dă maladia Borna la animale au fost găsiți — în R.F. Germania și în Statele Unite — în singele pacienților suferind de boli psihice, — indicând că aceștia au fost expuși la virusuri. Virusul bolii afectează, la oi și cai, celulele creierului. Nu se știe cum se transmite la oameni sau la alte animale. Virusul nu a fost văzut la microscopul electronic și încă nu a fost clasificat din punct de vedere biochimic. Dar este, după cum se relatează în *Science* din primăvara trecută, prima evidență a relației directe dintre un virus și bolile mentale, cercetătorii studiind anticorpii virusului bolii Borna la o populație largă: oameni cu depresie clinică, victime ale SIDA și alte persoane cu imunitate scăzută.

De altfel, și în *Chronique OMS* din vara anului 1985 se menționa observația că virusul SIDA are tendința de a se modifica și că s-au înregistrat variații ale structurii sale genetice într-un procent de 25 la sută. Până în prezent însă, cercetătorii nu au putut descoperi nici o corelare între aceste variații și manifestările sau forma maladiei.

La a 38-a Adunare Mondială a Sănătății, desfășurată în mai 1985 la Geneva, unul dintre delegații sublinia că la opt ani după proclamarea eradicării variolei, un alt virus mortal a apărut pentru a semăna angoasă și perplexitate.

PANICĂ ÎN NEW YORK

Anul 1985 aduce panica. Aproape că nu e lună, uneori chiar săptămână, când din rubricile de nouăți ale revistelor de specialitate să nu afli știri despre eforturile oamenilor de știință, înconunate de succese, și să asiste astfel, prin intermediul presei științifice la lupta cu virusul, cu boala, să urmărești fiecare etapă a acestei lupte. Din păcate, nu trece o lună fără ca alte reviste să nu publice reportaje care, în condițiile necunoașterii perfecte a bolii, să nu stîrnească panică. Chiar și cei bine intenționați, ca Ann Giudici Fettner și William A. Check, autorii volumului *The Truth About AIDS* — apărut la New York în 1984, când încă nu erau cunoscute multe aspecte ale acestei maladii — remarcă: „în ciuda marilor progrese în cunoștințele medicale, SIDA se încadrează în rîndul marilor boli misterioase din istorie.”

Lipsa de informare completă, zvonurile și reportajele de scandal au provocat mult rău. La New York și Los Angeles au fost ambulanțe și mașini de la pompe funebre care au refuzat să transporte victimele SIDA. Cei care lucrau pe „Salvare” au refuzat, de teama contagiozității, să facă accidentaților respirație gură la gură. Lucrurile au intrat oarecum în normal cînd aceștia, în urma protestelor, au primit măști speciale care să le protejeze gura.

Tot la New York, gardienii unei închisori în care erau și bolnavi de SIDA, au cerut măști și haine speciale de protecție. La o școală, un hemofiliac de 13 ani nu a mai fost primit la cursuri deoarece era contaminat.

Doar Crucea Roșie americană a reușit să organizeze un serviciu la domiciliu pentru bolnavii cu SIDA. Voluntarii care se oferiseră pentru acest serviciu urmaseră un curs de 18 ore pentru a învăța cum trebuie îngrijit un astfel de bolnav. Apoi mergeau la locuințele suferinșilor pentru ca aceștia să stea cît mai mult în casă, să nu plece decît cînd aveau absolută nevoie.

Acum, cînd se știe precis că prin contacte sociale nor-

male virusul nu se transmite, cazurile relatate par de necrezut, dar așa era în 1985.

Lisa Power, reprezentanta de la Londra a unui serviciu telefonic pentru HS, se plîngea că la fiecare epidemie de gripă, toți intrau în panică. E nevoie de sfaturi medicale în acest domeniu, spunea ea.

În urmă cu mai mult timp, în unele țări occidentale, HS erau priviți cu îngăduință, aveau, cum au și acum, organizații ale lor. Ne aducem aminte că, acum cîțiva ani, presa din țările respective, relata cu aceștia cereau legiferarea posibilității căsătoriei între bărbați.

Acum, HS nu mai sînt tolerați, nu mai sînt primiți la serviciu pentru că nimeni nu mai vrea să stea în birou cu ei. De asemenea, prostituetele încep să fie privite acum ca factori de transmitere a bolii, și nicidecum ca mijloc de procurare a „plăcerilor”.

E adevărat că panica este stîrnită și întreținută în mare măsură de lipsa de informare științifică, dar și, după cum aminteam, de un anumit fel de a face presă. Revista *Life* din iulie 1985 anunța pe coperta senzația numărului: *Nimeni nu mai este în siguranță față de SIDA. Noi victime. Titlul din interior nu este mai puțin percutant: SIDA, epidemia care poate schimba viața Americii.*

Reportajul vrea, și reușește, să fie șocant. Sub fotografia unei familii formate din mamă, tată și doi copii, sînt următoarele cuvinte: „Doar fetița nu are SIDA”. O altă fotografie: o tină așezată pe bordura unei alei, are privirea în jos, în timp ce mină stîngă stă pe un fel de ulciuc ca capac. Explicația: „Sonya Sherman nu poate vorbi despre ea fără să îndeplinească înspăimîntătorul gest al atingerii urnei sale funerare”. În text aflăm amănunte. În vîrstă de 34 de ani, secretară în Washington D.C., a întreprins, cu mai mult timp în urmă, vreme de un an, relații cu un bărbat bisexual. În 1983, la mult timp după ce au rupt legătura, i-a apărut pe corp o erupție care nu se mai vindea. Treptat sistemul său imunitar se șubrezise. I-a fost pus diagnosticul de SIDA. Sonya a supraviețuit la patru infecții majore, inclusiv două pneumonii, ceea ce pentru un pacient cu această maladie este un record. Medicii au încercat să o ajute cu tot felul de medicamente. Ea, însă, și-a pregătit urna funerară. Mama sa încearcă să îi dea speranțe spunîndu-i că, într-o zi, va folosi urna pentru flori dar Sonya este realistă. Știe că nu are nici o șansă...

O publicație pomenea de un „val de isterie” și cerea înfrîngerea de „lazarete” pentru internarea celor bănuți de boală, precum și interzicerea sîrutului în filme. În același timp, un medic canadian afirma că o asemenea situație nu s-a mai întîlnit de la ciurma din Evul Mediu.

DEMISTIFICAREA

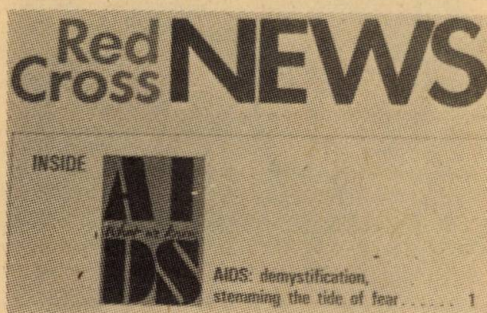
În revista *Ligue*, editată de Liga Societăților de Cruce Roșie și Semilună Roșie, din iunie 1986, se face afirmația următoare: Trebuie să recunoaștem, din nefericire, că în multe țări autoritățile medicale au fost prea lente în a informa în mod adecvat publicul pentru a stopa ridicarea unui val de panică, cetățenii fiind condiționați de o presă de senzație, care vorbea doar despre „catastrofa secolului”. Într-adevăr, reportajele „senzaționale”, „bombe” nu au făcut decît să sperie și să deruteze cetățenii. După perioada de panică, pe măsură ce au apărut date științifice noi, autoritățile au trecut la informarea corectă și completă a publicului. Dacă *Chronique OMS* și *Santé du monde* s-au adresat lumii medicale, prima publicație care a făcut acest lucru a fost *Red Cross News*, revista Crucii Roșii americane, care consacră numărul său din noiembrie 1985 acestei maladii. Iată cîteva dintre titlurile apărute: *Ce știm despre SIDA! Demistificare: stăvilirea valului de teamă. Crucea Roșie se adresează publicului: SIDA în luptă cu realitatea.*

Ce face Crucea Roșie americană? A lansat un program național de educație, conduce cercetări din domeniul acestei boli, face teste pentru descoperirea anticorpilor virusului HTLV-III/LAV, studiază efectele altor factori de risc ce amenință indivizii expuși la boală. Dr. Lewellys F. Barker, vicepreședinte al Crucii Roșii pentru sănătate și donare de sînge, șeful programului de educație publică

pentru SIDA, relatează, în revista amintită, că la New York, unde problema este încă foarte severă, cursurile pentru Sănătatea la domiciliu vor include și informații privind îngrijirea bolnavilor de SIDA; de asemenea, în câteva luni vor fi oferite publicului informații prin casete video, prin radio și televiziune, și se vor da, la cerere, sfaturi competente de către specialiști. E adevărat că vor mai trece mulți ani până ce vor exista un tratament și un vaccin eficace împotriva Sindromului imunodeficient doobindit, dar nu se poate sta cu mâinile încrucișate, așteptând ca virusul să facă ravagii tot mai mari.

Sînt aduse noi mărturii privind această maladie, menite să liniștească lumea. SIDA nu este o boală ușor de învins, dar are un grad scăzut de contagiozitate, spunea dr. Gerard Sandler, vicepreședinte pentru operațiuni medicale al Crucii Roșii americane.

La fel, profesorul belgian R. Masure făcea, într-o revistă din primăvara anului 1986, următoarele precizări: „Nu trebuie să se creadă că agentul patogen al SIDA se



„SIDA: demistificarea”. Fragment din sumarul revistei americane Red Cross News din noiembrie 1985.

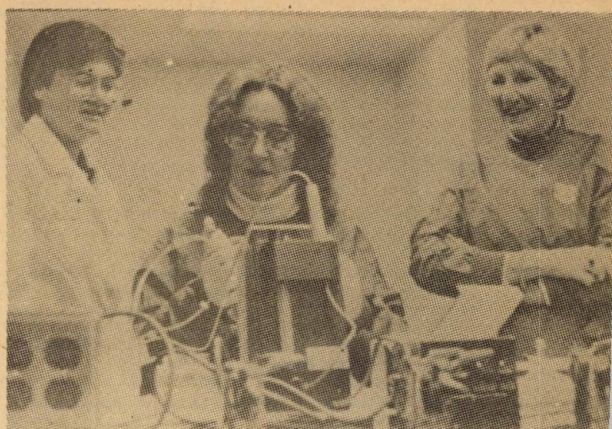
transmite prin tuse, strângere de mîna sau alte contacte care nu sînt intime. În practică, virusul SIDA este mult mai puțin contagios decît cel al hepatitei virale și doar aproximativ 2 la sută din persoanele efectiv contaminate riscă să devină bolnave. Multe cazuri considerate ca «atîns de SIDA» sînt în realitate purtători de anticorpi care, fără nici o îndoială, nu vor face niciodată boală”. Mai adăugăm că, potrivit datelor oficiale, la 30 iunie 1985, în Belgia erau doar 99 de cazuri de SIDA, dintre care numai 15 belgieni. „Este o situație excepțional de favorabilă în raport cu cea existentă în Statele Unite”, nota prof. dr. R. Masure.

Printre măsurile luate pentru a se elimina riscurile răspîndirii bolii este și aceea de a se efectua anumite teste prin care se descoperă anticorpii ce se formează în urma contactului cu virusul. Testul, numit ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), este obligatoriu în țările afectate de SIDA pentru anumite categorii de persoane.

O altă veste menită să liniștească opinia publică occidentală era aceea că virusul este foarte vulnerabil. Astfel, după cum se susține, poate fi neutralizat cu cea mai mare parte din dezinfectante, săpun, prin congelare, sau căldură. Nu este agresiv decît atunci cînd a reușit să pătrundă în celulele T din sînge.

În Journal, publicație a Societății canadiene de Cruce Roșie, — societate care dispune de laboratoare specializate pentru depistarea cazurilor de SIDA — dr. N.A. Gilmore, președintele Comitetului consultativ național pentru SIDA, afirma, în cadrul unei sesiuni științifice de la Vancouver, că „deoarece încă nu există un tratament eficient împotriva acestei maladii, prevenirea este esențială. Tinerii trebuie învățați cum să evite contaminarea și cum să se protejeze contra infecțiilor oportuniste”.

Printre recomandările făcute de Public Health Service prin Crucea Roșie americană erau și următoarele: „feri-

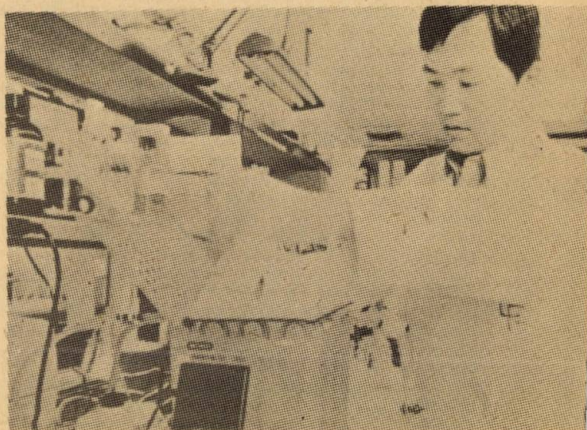


În laboratorul din Toronto al Crucii Roșii canadiene se face instruirea pentru descoperirea anticorpilor SIDA.

ți-vă de contacte sexuale cu persoane cunoscute sau suspecte ca bolnave de SIDA, cu parteneri multipli sau cu persoane ce au legături multiple, ori cu cei ce se droghează pe cale intravenoasă; nu consumați droguri”.

La prudență îndeamnă și dr. Helen Singer Kaplan de la New York Hospital-Cornell Medical Center în Reader's Digest din februarie 1986, adresîndu-se femeilor: „Trebuie să vă cunoașteți bine partenerul, dacă a avut vreodată o experiență HS sau și-a injectat droguri în ultimii opt ani”. Pentru că incubăția, adică timpul scurs de la pătrunderea virusului în organism pînă la apariția primelor semne de boală, este, în cazul SIDA, de trei pînă la cinci ani, dacă nu și mai lungă, perioadă în care, deasemenea, bolnavul este contagios. Sînt considerate fără risc doar „ținerea de mîna”, îmbrățișările, sărutul „social” sau „uscac”. Poate că unele recomandări sînt exagerate, dar după yalul de panică prin care a trecut societatea americană, teama de moarte e mai puternică decît orice.

În general, se consideră că SIDA este mijlocită de con-



La centrul de cercetări biomedicale al Crucii Roșii americane, din Bethesda, Maryland, unul dintre membrii echipei de control științific pentru SIDA.

tactele intime în cursul cărora se produce un transfer de sînge sau de lichid spermatic. Se mai ştie că virusul, deşi în concentraţie mică, mai este prezent şi în salivă şi în lacrimi. Transmiterea este facilitată atunci cînd există tăieturi sau plăgi, ca şi atunci cînd sînt gingivite care sîngează. Deci nu se împrumută aparatul de ras sau periuţa de dinţi. De asemenea, acele şi seringile trebuie bine sterilizate. Autorităţile medicale mai atrag atenţia asupra alimentelor nefierţite. Spălarea cu apă a fructelor, se mai precizează, îndepărtează virusul. De asemenea, se mai recomandă să nu muşte mai multe persoane din acelaşi aliment. Totodată, se mai face cunoscut că SIDA, în mod sigur, nu se transmite prin muşcături de animale sau prin înţepături de şîmpari ori alte insecte.

Sînt publicate şi meserile care favorizează răspîndirea virusului, în cazul nedezinfectării instrumentelor între pacienţi: stomatologii, frizerii (tăieturi cu briciul), manichiuriste, cosmeticieni, acupuncturişti. Mai sînt amintite şi testele pentru alergii, găurirea urechilor pentru cercei, încercarea lentilelor de contact.

Dacă observăm cu atenţie sfaturile date, vom constata că toate îndeamnă la respectarea celor mai elementare norme de igienă, măsuri de bun simţ în ultimă instanţă, precum şi la înlăturarea imoralităţii. De fapt, spune dr. G. L. Monekoso, directorul Biroului regional al OMS pentru Africa, SIDA este, înainte de orice, o problemă legată de comportamentele oamenilor, indiferent de originea lor. Tot aşa scria şi dr. George D. Lundberg în *Journal of the American Medical Association*: „Trăim alte vremuri. Oamenii care nu doresc să aibă SIDA trebuie să-şi schimbe stilul de viaţă printr-unul defensiv. În sfîrşit, au venit vremurile măreţe ale monogamiei!”

MOARTEA ACTORULUI

Cel care a focalizat atenţia tuturor asupra SIDA a fost actorul american Rock Hudson, pe numele său adevărat, Roy Fitzgerald, care a candidat cu ani în urmă la Premiul Oscar. *Rocky*, cel ce a avut ca parteneri superstarurile Elisabeth Taylor şi Doris Day, suferă de SIDA! anunţau toate ziarele occidentale pe prima pagină. Asta a fost o ştire într-adevăr senzaţională! Pentru că una e să fie bolnav un oarecare John de pe strada 42, dintr-un oraş cu peste 10 milioane de locuitori, ca New York-ul, şi alta e cînd se îmbolnăveşte cel ce fusese idolul a milioane de americani, cel cu a cărui fotografie, ascunsă sub pernă, adorneau adolescenţele anilor '50, doamnele respectabile de acum. Acesta a fost momentul cînd foarte mulţi cetăţeni şi-au dat seama că SIDA nu lătră pe nimeni, indiferent din ce categorie socială face parte. A fost momentul cînd HS au încercat să întoarcă lucrurile în favoarea lor: „Iată că şi «băleştii bine» fac SIDA”. A fost momentul cînd şi cel ce fabricau medicamente şi-au zis că pot da lovitură: dacă reuşesc să-l vinde pe Rocky, afacerile vor prospera într-un chip nemăintînit. În vara anului 1985 un nou medicament stîrnea discuţii aprinse în jurul său. Era HPA-23, fabricat de firma Rhône-Poulenc. Cînd reprezentanţii firmei l-au prezentat, erau date insuficiente privind toxicitatea, pentru a se pune bazele unei verificări clinice serioase. Cînd datele au fost, în sfîrşit, strîse cu greutate, aplicarea lui a fost aprobată în numai cîteva zile. Din cauza datelor neconvingătoare, ca şi a efectului său îndoielnic, Food and Drug Administration (FDA) avea rezerve întemeiate privind folosirea lui în SUA. Deşi au fost voci care au cerut interzicerea lui, efectele reclamelor lansate cu mult zgomot au fost mai puternice. Prietenii lui Rocky l-au dus pe aceasta, aproape cu forţa, în Franţa la tratament. Pentru firmă era o şansă nesperată de a se bucura de o publicitate imensă şi gratuită dacă reuşeau să-l vinde. Tratamentul a fost un eşec total. Admiratoarele (dacă mai erau) au rămas neconsolate iar admiratorii, nemîngiaţi de pierderea actorului iubit şi preferat. Aproape 50 de pacienţi au primit HPA-23, şi se părea că, cel puţin pentru un timp, virusul era suprimat, deşi nu se nota nici o îmbunătăţire clinică. Acest medicament a

fost experimentat pînă la urmă şi în Statele Unite la NIH ca şi la alte patru centre clinice, pe 80 de pacienţi, dar cercetările l-au infirmat eficacitatea. Dealtfel, Harry Meyer, şeful Centrului pentru medicamente şi preparate biologice al FDA, relatează recent că testările clinice nu au mai fost aprobate.

Încercările de tratament al SIDA s-au izbit de dificultăţi deosebite, cercetătorii îndreptîndu-şi eforturile atît către prevenirea multiplicării virusului în corp cît şi către restaurarea sistemului imunitar.

„Greutatea este că noi încercăm să facem un lucru care nu a mai fost făcut”, spunea James O. Mason, directorul CDC şi secretar de stat adjunct pentru Sănătate. Printre dificul-



Rocky Hudson, în vremurile bune.

ţările amintite este şi faptul că virusul SIDA, devenind parte a celulei infectate, nu poate fi înlăturat complet de către terapia medicamentoasă actuală. În plus, acum este cunoscut că virusul infectează creierul, deci substanţele antivirale nu pot trece de bariera fiziologică, hemodinamică, ce le împiedică să pătrundă în substanţa nervoasă. În sfîrşit, chiar atunci cînd medicamentul poate întrerupe ciclul vieţii virusului, dacă este administrat în etape tardive ale bolii, sistemul imunitar al pacientului este deja distrus.

Printre medicamentele încercate se află *Suramin*, dar s-a constatat că este toxic pentru organism şi virusul reapare la întreruperea tratamentului. Au mai fost încercate *Isoprinosine*, *alfa* – *interferon* şi *interleukin-2*, dar rezultatele clinice au fost mici sau chiar nule.

În Suedia se experimentează *Foscarnet*, un medicament antiherpetic, în timp ce la National Institutes of Health se studiază efectele noului preparat *AL-721*, un agent antibacterian care distruge proteinele din membrana virusului, precum şi *Ribavirin*, care împiedică replicarea virală.

Firma Sandoz din Bâle, Elveţia, anunţă în aprilie 1986 posibilitatea utilizării de *Sandoglobulină*, cu administrare intravenoasă în tratamentul SIDA.

Lansate cu mare vîlvă, medicamentele insuficient experimentate, s-au dovedit a nu fi eficiente. Astfel, în Franţa, din dorinţa de a avea prioritate, în cadrul unei zgomoase conferinţe de presă, s-a anunţat că *Cyclosporina* este medicamentul minune. Însă puţin ştiut că această lansare era făcută doar după o săptămînă de experimentare asupra a numai 6 cazuri de boală.

În alte centre se încearcă mijloace şi mai sofisticate, începînd cu transplantul de măduvă, în forme grave, şi terminînd cu chirurgia genetică. Astfel, William Haseltine de la Centrul de cancer al Universităţii Harvard şi Robert Gallo de la NCI au indicat o mică genă, pe care au nu-

mit-o genă trans-activator, (gena tat) pentru o proteină care joacă un rol central în replicarea virală. „Producerea acestei gene oferă încă o şansă, pe lângă terapia cu medicamente”, spunea cercetătorul de la Harvard.

Dintr-o știre recentă (iulie 1986), transmisă de agențiile de presă, aflăm că în urma unui acord semnat între Universitatea din Texas și Societatea American Medical International, la 2 septembrie 1986 urmează să intre în funcțiune un centru de cercetări și tratamente pentru SIDA, amenajat prin transformarea unui spital general cu 150 de paturi din Huston, Texas. Richard d'Antoni, vicepreședintele Institutului American Medical International, afirma că acest centru va oferi cadrelor medicale și cercetătorilor posibilitatea de a obține progrese semnificative în lupta împotriva acestei maladii imunologice.

După cum susținea Colin Norman în *Science*, din decembrie 1985, mai este un drum lung pînă ce o să fie pusă la punct o terapie eficientă pentru SIDA. Încă nu a fost descoperită „bulina magică” care să elimine virusul din pacient, nota el în continuare. Alte personalități medicale afirmau că este totuși demn de semnalat că se fac eforturi ca SIDA să devină o boală curabilă.

VICIUL COSTĂ

După cum se știe, peste 90 la sută din victime se droghează pe cale intravenoasă sau utilizează anumite practici ce favorizează răspîndirea virusurilor.

Datorită gravității bolii, cercetările și încercările de vindecare a acestor victime au o amploare deosebită. În Australia, ca și în Franța sau RFG, principala problemă de sănătate către care se îndreaptă atenția autorităților sanitare este SIDA. Suma imense de bani se cheltuiesc în încercările de a stăvilii această boală. De curînd, agențiile de presă au transmis știrea că și ducesa de Windsor, care a încetat din viață la vîrsta de 89 de ani, a lăsat prin testament cea mai mare parte a averii ei Institutului Pasteur din Paris, cunoscut și pentru cercetările pe care le face în domeniul SIDA.

În Statele Unite, guvernul federal a declarat lupta împotriva SIDA, prioritatea națională de sănătate numărul 1. Pînă în vara anului 1985, SIDA costase deja Statele Unite 1,5 miliarde de dolari și, ceea ce e mai grav, 5 500 de vieți omenești. Tratatul fiecărui pacient a costat, potrivit estimărilor făcute de presa americană, aproape 150 000 de dolari. Aceste cifre nuiau în calcul formele de pre-SIDA, dar, probabil, după cum afirmă specialiștii, urșfert din el va face forma definitivă de boală. Cîteva societăți particulare de asigurări de sănătate s-au prăbușit sub greutatea epidemiei.

O M S AVERTIZEAZĂ

La sfîrșitul anului 1985, din cele peste 13 000 de cazuri de SIDA din Statele Unite, 133 erau transmise pe cale heterosexuă și doar 15 dintre ele erau transmise de către femei la bărbați. Cercetările întreprinse în Africa au arătat că, spre deosebire de situația din SUA, virusul se transmite pe cale heterosexuă; maladia afectează bărbații și femeile în număr egal, dar și copiii, pentru că virusul, după cum susțin oamenii de știință, trece prin placenta, îmbolnăvînd fătul în uter.

Care e situația în Europa? În iunie 1984, în articolul *Sindromul de imunodeficit dobîndit*, publicat în revista *Bacteriologia, virusologia, parazitologia, epidemiologia* a USSM, se aprecia că în Europa este mai curînd o reflectare a epidemiei americane decît o difuzare locală. Iată că știri de ultimă oră (mai 1986) avertizează că la reuniunea Biroului european al OMS de luptă împotriva SIDA, ținută la Graz, Austria, în aprilie 1986, s-a stabilit un consens privind epidemia de SIDA pe continentul nostru: 2 006 cazuri la 31 decembrie 1985, și se remarcă apariția în acest an, a cîte 31 de noi cazuri în fiecare săptămînă. Cifrele cele mai ridicate sînt în Franța (8—9 cazuri noi pe



Filmul artistic cu un erou bolnav de SIDA, îi permite cronicarului un joc de cuvinte: First Aid: primul ajutor; First Aids: primul (film cu) SIDA. În rolul principal Montgomery Clift.

săptămînă), R.F.G. (6—7), Anglia (4—5), Spania, Belgia, Danemarca, Olanda și Elveția (cite 1—2) la fiecare 7 zile. De asemenea, au fost semnalate primele două cazuri în Turcia. Mai adăugăm că la sfîrșitul lunii mai 1986 erau semnalate în Danemarca 80 de cazuri, mai ales printre adepții drogurilor și printre prostituatele din Copenhaga, mai mult de jumătate din victime fiind, la această oră, decedate. Autoritățile daneze prevăd că peste cinci ani, în această țară, cu puțin peste cinci milioane de locuitori, vor fi peste 2000 de pacienți cu SIDA. Potrivit publicației *New Scientist* din Marea Britanie, autoritățile sanitare din 92 de țări au raportat pînă acum la OMS peste 30.000 de cazuri de SIDA. Dar, după cum afirmă dr. Halldan Mahler, directorul general al OMS, nu peste mult timp va fi atinsă cifra de 100 000 de cazuri.

Dr. Jonathan Mann, medicul responsabil al programului OMS pentru SIDA, atrăgea atenția, într-un interviu acordat în iulie 1986 la Geneva, că nu trebuie așteptată elaborarea unui vaccin sau a unui medicament pentru tratarea acestor maladii ci e necesar să fie protejați cei ce încă nu au fost infectați. În acest sens, la reuniunile organismelor OMS se stabilesc măsuri ce trebuie luate de către țările interesate. Astfel, la Graz, se recomanda intensificarea educației sanitare a marelui public, dar mai ales, a grupelor cu risc crescut (printre care HS, DIV, prostituatele etc.). La Geneva (25 aprilie 1986), statele membre erau rugate să colaboreze pentru înfrînarea epidemiei în Europa, OMS urmînd să coordoneze activitățile bi și multilaterale. O reuniune importantă urma să se țină la 28 iunie 1986 în care să se examineze și finalizeze angajamentele tuturor părților interesate, pentru stăvilirea epidemiei SIDA.

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

În finalul acestei scurte prezentări a SIDA, sînt de semnalat mai multe aspecte. În primul rînd, nu numai necesitatea, dar și ușurința cu care se poate preveni această boală. În al doilea rînd, eforturile medicilor în lupta cu maladiile. Dr. John Petricciani, de la Organizația Mondială a Sănătății, făcea, recent, următoarele afirmații, în acest sens: „Nu am cunoscut așa ceva în toată istoria medicinei. În mai puțin de cinci ani experții nu numai că au identificat o nouă boală și virusul ei, dar au pus la punct un test de anticorpi și lucrează acum la fabricarea de noi medicamente pentru a trata boala, și la un vaccin pentru a o preveni”.

Într-adevăr, un succes al medicinei. Dar SIDA mai are o față. Peste 90 la sută din cei ce fac boala sînt dintre cei

mai vicioși indivizi. O bună parte sînt cei ce, într-o societate nedreaptă, apelează la droguri pentru a-și înlătura spaimile și angoasele, înlocuindu-le cu un paradis iluzoriu oferit de droguri. Pentru acești drogodependenți sînt necesare doze tot mai mari din drogurile cele mai dure, cum ar fi heroina, injectate intravenos pentru a avea efecte puternice și imediate. După cum s-a arătat, acest paradis artificial le aduce o altă neliniște, cea a posibilității morții prin SIDA. O altă parte sînt cei ce, sub influența valului de pornografie, recurg la practici sexuale aberante, împotriva naturii. Credem că nu greșim prea mult cînd afirmăm că SIDA este consecința „libertății” de a te droga și de a fi pervers, a „libertății” de a amenința sănătatea celor din jur.

Un happy-end încă nu există. Odiseea, virusului HTLV-III/LAV nu s-a sfîrșit. În loc de încheiere, vom cita din nou din revista *Life*: „Virginitatea și abinența înainte de căsătorie, o cunoaștere mai bună, în timp, a tinerilor și teste SIDA obligatorii înaintea căsătoriei și a sarcinii. Toate acestea trebuie făcute în acest sfîrșit de secol XX, într-o societate americană alterată și anxioasă”.



Pentru deslușirea unor aspecte medicale legate de această boală, răspîndită în lumea capitalistă, ne-am adresat unor cercetători, specialiști în retrovirusuri, de la **INSTITUTUL DE VIROLOGIE „ȘT. S. NICOLAU”**, al Academiei de Științe Medicale.

— Virusul SIDA face parte dintr-o categorie specială a virusurilor, și anume, retrovirusurile. Ce sînt acestea?

— Sînt virusuri a căror descoperire a demolat dogma centrală a biologiei și anume că transmiterea informației genetice se face în sens unic de la ADN la ARN și proteine. Aceste virusuri au o enzimă numită revertranscripază, care permite trecerea informației în sens invers de la ARN către ADN. Din punct de vedere practic retrovirusurile sînt importante pentru că leucemiile spontane la multe animale sînt provocate de ele. S-au depus eforturi deosebite pentru a incrimina retrovirusurile și în determinismul leucemiilor umane. Aceasta s-a realizat numai cînd celulele leucocitare din singele periferic au putut fi menținute în viață, indefinit, în laborator. Ca urmare a unor artificii tehnice, celulele leucocitare, au putut deveni suportul pe care s-au izolat virusuri de la leucemici. Un prim virus izolat a fost HTLV-I, considerat azi agentul leucemiei acute cu celule T. Un virus asemănător este agentul etiologic al SIDA.

— Virusul SIDA este considerat a fi lent. Ce se înțelege prin această caracteristică?

— Caracteristic retrovirusurilor este faptul că e necesară o lungă perioadă de incubație de la contactul infecțiant pînă la exteriorizarea simptomatologiei clinice. Numele altor membri ai familiei retrovirusurilor indică tocmai aceasta: ele se numesc virusuri lente pentru că durata incubației poate merge pînă la 30 de ani, ca în cazul unor boli neurologice. Tot în ani, și anume între 2 și 5, se măsoară și incubația agentului SIDA. O explicație dată acestui fenomen este aceea că virusul cultivă predilect pe limfocitele T-4 tinere, stimulate de infecții intercurrente. În general, trebuie să treacă o perioadă suficientă de timp pentru ca o anumită cantitate de virus să fie sintetizată, astfel, încît să poată compromite celulele pe care cultivă.

— În ce mod distruge SIDA sistemul imunitar al organismului?

— Între efortorii sistemului imunitar un rol deosebit îl au celulele T-ajutătoare, notate încă T-4 datorită unor receptori de pe suprafața lor. Celulele T-4 intervin atît în funcția sistemului imunitar umoral, adică în sînteza de anticorpi, cit și în funcția sistemului imunitar celular. Ultimul are un rol cheie în apărarea organismului față de infecțiile virale și de tumori. Sînt unele virusuri care au receptori pentru celule T-4. Ele nu pot să se înmulțească decît pe acest suport celular. Un astfel de virus este agentul SIDA care, infectînd celulele T-4, compromite întregul sistem imunitar.

— În SIDA bolnavii sînt afectați de așa-numiți germeni oportuniști. Care sînt aceștia?

— În mod normal, rezistența organismului la infecții este asigurată de sistemul imunitar. Compromiterea funcțiilor acestui sistem nu numai că determină o evoluție gravă a infecțiilor, dar face posibilă exprimarea clinică a virulenței unor germeni care constituie flora normală a organismului. Această floră normală (cutanată, respiratorie, digestivă) este constituită din agenți oportuniști pentru că ei se manifestă numai în condițiile prăbușirii imunității.

— De ce sînt afectate de această boală în special anumite persoane? Statisticile indică 75 la sută HS și 15 la sută consumatori de droguri.

— Sînt afectate persoanele care intervin pe căile de transmitere obișnuite ale virusului, respectiv calea sexuală și cea a infecțiilor sau a altor manevre chirurgicale. Faptul că alte căi de transmitere nu sînt operante este ilustrat de lipsa de contaminare a personalului medical însărcinat cu îngrijirea bolnavilor de SIDA. Aceasta este total opusă cu ceea ce se întîmplă în cazul hepatitelor cu virus B. Virusul hepatitic se transmite atît pe cale sexuală, prin injecții, transfuzii, cit și pe alte căi: respiratorie, digestivă. În cazul hepatitei virale riscul de contaminare al personalului medical este deosebit de mare.

— Se presupune că virusul SIDA provine de la maimuțele din Africa. Credeți că și alte virusuri de la animale vor suferi mutații, devenind periculoase pentru om?

— Datorită faptului că la o serie de colonii de maimuțe din Africa s-a găsit un virus similar HTLV-III, s-a postulat un rezervor de infecție animal pentru această boală. Desigur că în virologie sînt cunoscute cazuri în care pătrunderea omului în nișe ecologice neexplorate a relevat patogenitatea deosebită pentru om, a unor virusuri animale. Aceasta face ca măsuri preventive speciale să fie impuse oricărui expediții umane, fie ele cosmice sau terestre.

În același timp, conviețuirea de durată îndelungată virus-gazdă umană, caracteristică unei infecții lente de tipul SIDA, determină o variabilitate pronunțată a virusului, element care îi facilitează ciclul infecțios în confruntarea cu mecanismele de apărare ale gazdei. Această variabilitate a fost constatată și în cazul SIDA, între tulpini izolate în diverse țări existînd diferențe notabile. Variabilitatea virusurilor creează probleme în ceea ce privește obținerea unui vaccin unic capabil să protejeze împotriva tuturor tulpinilor. Însă, astăzi există mijloace pentru ca astfel de dificultăți să fie depășite.

— Ce semnificații au pentru medicină, cercetările ce se fac asupra retrovirusurilor?

— Pentru cercetarea fundamentală, descoperirea modului de înmulțire a retrovirusurilor a avut urmări excepționale. O întreagă tehnologie de obținere a biopreparatelor, bioingineria genetică a la bază, o strategie asemănătoare celei folosite de virusuri în ciclul lor infecțios. Există astăzi produse farmaceutice, de primă importanță, obținute prin astfel de procedee: insulina, hormonul de creștere, interferonul etc.

Multumind specialiștilor care au avut amabilitatea de a răspunde întrebărilor noastre, punem punct relatării despre un virus și o boală ce au stîrnit un interes deosebit în toată lumea prin implicațiile științifice, medicale, sociale, morale. Nu însă înainte de a aminti că rămîn încă nerezolvate multe aspecte, începînd cu cele epidemiologice ce își așteaptă, datorită incubației lungi, elucidarea în anii următori, fapt ce necesită observații de durată, și terminînd cu cele legate de tratamentul și prevenirea prin vaccinare a acestei maladii. De asemenea, s-ar putea ca cercetarea celulelor afectate, a sistemului imunitar al organismului, să ne rezerve și alte surprize, printre care informații noi privind etiologia și patogenia bolilor canceroase.

Lucian HUIBAN



CUM DORMIȚI?

V-ați dat seama vreodată cum vă treziți dimineața? Poziția exactă a corpului dv. când ați deschis ochii nu este deloc lipsită de importanță, cum s-ar părea la prima vedere. Poziția pe care o aveți, când dormiți, este instinctivă, fiind expresia impulsurilor subconstiente, și, de aceea, vă poate trăda unele lucruri interesante despre caracterul dv. Imaginile de mai jos, interpretate de psihologii cehoslovaci, explică înțelesul unor poziții ale corpului în timpul somnului.

1. Cu degetul (sau capătul cearceafului, marginea batistei, capătul pernei) în gură.

Doriți ca cineva să vă ocrotească tot timpul. Gânduri senine vă duc la anii copilăriei, chiar dacă n-au fost deosebit de fericite. În mod frecvent, în cursul zilei vă vine o deosebită poftă de mâncare sau o sete spontană pe care trebuie să o potoliți repede.

2. Pe spate, cu brațele de-a lungul trupului.

Vă hotărâți în anumite probleme în mod liniștit și hotărârea luată n-o regretați. Ziua, în mod obișnuit, v-o petreceți în mod activ. Ca să vă odihniți vă ajunge un somn scurt. Se manifestă la dv. ideea dreptății, a justității, nu vă plac oamenii superficiali. Dați, înainte de toate, importanță sincerității și obiectivității absolute, chiar dacă știți că acestea ar putea să aibă pentru dv. urmări neplăcute.

3. Pe spate, cu minile încrucișate pe piept.

Manifestați un redus sentiment de independență. În toate lucrurile vreți să aveți acordul altora. Aveți puțină încredere în dv. În mod frecvent, vă temeți că sînteți observat, criticat. Sînteți punctual, exact, harnic și silitor.

4. Pe o parte, cu picioarele îndoit.

Somnul în poziția fătului din viața intrauterină vă întoarce în liniștea și siguranța prenatală și vă aduce o prospectivă ce nu poate

fi înlocuită cu nimic. Energia dv. din timpul zilei este deosebit de remarcabilă. Totuși are mari oscilații. Preferați acțiunea care solicită o încordare imediată a energiei.

5. Pe burtă, cu capul sub pernă (întreg sau pe jumătate).

Dați prioritate muncii obișnuite, rutiniere și ordinii. Căutați să scăpați de răspunderi, le evitați. Frica vreunui eșec, a unei nereușite vă îngrozește. Aproape tot timpul vă analizați posibilitățile și depuneți multă energie pentru prevenirea eventualelor piedici.

6. Cu cearceaful sau plapuma strînse sub umăr.

Aveți o părere proprie în toate problemele și o aversiune față de convenționalism, fanatism. Nu suportați obligațiile sub nici o formă. Înainte de a lua o hotărâre, de a vă decide, aprofundați fiecare alternativă.

7. Cu cearceaful sau plapuma complet drepte și ajustate.

Căutați să nu treziți interesul pentru persoana dv., vă străduiți ca în toate lucrurile și problemele să păstrați propria opinie. Sînteți o fire deschisă și independentă cînd este vorba de rezolvarea unor probleme, dar aveți o înclinație pentru păstrarea tradiției și convenționalismului în propria dv. viață. Vă dedicați altora și aveți o adevărată plăcere în a-i îndruma și a le da sfaturi, bucurându-vă sincer de fericirea și mulțumirea lor.



DE NECREZUT

În urma unei operații, doctorul Khalk de la Spitalul din Ontario (Canada) în luna iunie 1927, a scos din stomacul unei paciente (H.C., 42 de ani) nu mai puțin de 2 533 de obiecte, dintre care 947 erau diferite modele de ace.

Doctorul Giovanni Battista Orsenigo, care a exercitat profesia de dentist, la Roma, între anii 1868 și 1904, a avut ideea de a păstra dinții și măselele extrase de-a lungul carierei sale: numărul lor a fost de 2 000 744

Accidentele cauzează anual moartea a aproximativ 50 000 de americani. Jumătate din ele se petrec la domiciliu (otrăviri, arsuri, înec). Din datele publicate în presa americană aflăm că scobitorile cauzează zilnic spitalizarea a 20 de persoane. Anual, 485 de americani înghit o scobitoare, alții își rănesc cu ea ochiul, urechea, mîna sau alte părți ale corpului. În unele cazuri a fost și cauză a decesului. Specialiștii afirmă că scobitorile erau întrebuițate încă cu 3 500 de ani înaintea erei noastre! E timpul să învățăm cum să le manipulăm, nu?

Luther Erwin Boyd, un tânăr american în vîrstă de 24 de ani, de profesiune zidar, a activat ca medic mai bine de două luni într-un spital de ginecologie din Denwer, afirmînd că acesta era singurul lui mijloc de trai. El a furat un halat din spital, la fel a făcut rost de un stetoscop, și astfel a devenit... „doctorul” Lonyon Darner. Pînă la sfîrșit a fost „trădat” de o asistentă medicală, care a fost șocată nu de neprietenia, ci de vocabularul lui, care nu prea era de „salon”.

Avantajul de a crește cîini în casă! Dick Roberts, din Wales, și-a pierdut în urmă cu doi ani vederea. Nu de mult s-a împiedicat de cățelul său pekiniez. Cîzînd, s-a lovit la cap de un dulăpior din bucătărie. Când și-a revenit din leșin a constatat că vede din nou!

Unul dintre cei mai mari „bolnavi închipuți” din lume a fost Samuel Jessup, din Anglia. În timp de 20 de ani, el a înghițit 226 934 de pilule și a băut 40 000 de flacoane de medicamente. A trăit totuși pînă la vîrstă de 65 de ani. Noi nu vă recomandăm să-l imitați!

O colecție interesantă. În sanatoriul balnear din orașul Chisara, din R.P. Bulgaria, lucrează medicul Nicolae Sumarov, care a colecționat 60 de mii de pietre de diferite dimensiuni, scoase din... ficatul pacienților săi.

Promemoria

AD AQUAS HERCULIS

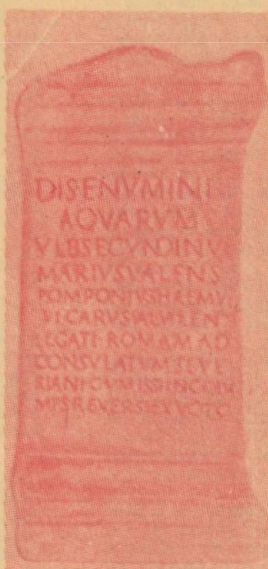
Puterea tămăduitoare a izvoarelor calde sau fierbinți din Valea Cernel era cunoscută chiar în perioada preistorică. Prezența de schelete omenști, uneori cu leziuni patologice și resturi de cărbune, provenite din arderea lemnului de molid și alun, găsite recent la „Grota Haiducilor” și în alte peșteri din apropierea stațiunii Băile Herculane reprezintă dovezi că în preajma acestor izvoare calde își căutau tămăduirea oamenii de la sfîrșitul paleoliticului, adică de acum 12 000—8 000 ani î.e.n.

Cele dintîi informații documentare asupra Băilor Herculane sînt din perioada cuceririi Daciei de către romani (101—106 e.n.). Legiunile romane care au urcat pe valea râului Beca-Reca pe drumul Dierna—Tibiscum (Orșova—Timișoara) au construit pe locul comunei de azi, Mehadia, o cetate care s-a numit Media, descoperind în același timp și sursele termale aflate pe Valea Cernel. După transformarea Daciei în provincie romană, Băile Herculane au fost puse în adevărata lor valoare, întrucît se aflau lângă castrul militar Dierna. Romanii, mari amatori de băi calde, știau să prețuiască valoarea igienică și tămăduitoare ale bogatelor izvoare termale de aici.

Se presupune că însuși Traian a dat ordin să se construiască stabilimente pentru băi, apeducte, din care s-au găsit unele fragmente pe lângă vechea baie a lui Hercule, și drumuri care să facă legătura cu celelalte șosele pietruite, construite de el. Deci, între 106—117 e.n. s-a amenajat locul de cură termală denumit „Ad Aquas Herculis Sacras ad Mediam” („Apele sacre ale lui Hercule de lângă Media”), închinat, ca toate apele calde, vindecătoare, zeului Hercule. Împărații romani Hadrian, Antonius Pius și Marc Aureliu au continuat construcțiile și amenajările la Băile Herculane.

Romanii foloseau apele termale pentru dușuri și afuziuni, precum și etuve pentru sudații — umede sau uscate. Cele umede le efectuau direct în natură, metoda practică și de români la sfîrșitul secolului al XVIII-lea — după cum consemna istoricul italian Francesco Grisellini în 1776, cînd a vizitat Băile Herculane, uimit de felul cum fac românii baia. Tot de la romani ne-a rămas și durata curei balneare de trei săptămîni. În cei aproape 200 de ani de stăpînire romană apele termale ajunseseră la o asemenea dezvoltare, încît deveniseră cunoscute în întregul imperiu roman.

Vilegiaturii nu proveneau numai din Dacia, cei mai mulți venind de peste Dunăre, mai ales din Moesia. Unii dintre aceștia au construit altare, drept recunoștință zeilor vindecători, sau au pus să se sape inscripții în același scop. Două dintre ele sînt ridicate pentru însănătoșirea lui M. Anulius Antonius, și restabilirea soției sale Faustina, iar al treilea pentru Septimius Severus și M. Anto-



nus Caracalla. Printre fondatorii acestor monumente se găsesc consuli ai Daciei, legați imperiali și prefecți ai legiunilor. Un vizitator este și Calpurnius, guvernatorul Moesiei, iar mai apoi Publius Aelius Antipater, un mare bogătaş și proprietar de sclavi din Apulum (Alba-Iulia).

Importantă este o inscripție — pe care o redăm în întregime —, singura pînă în prezent de acest gen în Dacia, prin care se face cunoscut că cinci cetățeni ai acestei provincii închină „Tabla Votiva” zeilor și puterilor binefăcătoare ale apelor termale. Ei făcuseră parte din delegația care participase, la Roma, la înscăunarea lui Severinus în funcția de consul. Acesta fusese guvernatorul general al Daciei, iar delegații trebuiau să ateste comportarea sa corectă față de autohtoni, adică față de daci. Întorși de la Roma, cei cinci delegați au dedicat divinității care i-a ocrotit „Tabla Votiva” în care se spune: „DIIS ET NOMINIB (US) AQUARUM ULP(IUS) SECUNDIDUS, MARIUS VALENS POMPONIVS HEMUS IUL(IUS) CARUS VAL(ERIUS) VALENS LEGATI ROMANI AD CONSULTATUM SEVERIANI C(LARISSIMI) V(IRI) MISSI INCOLUMES REVERSI EX VOTO”, adică „Zeilor și puterilor (sfinte) ale apelor, Ulpus Secundidus, Marius Valens, Pomponius Hemus, Iulius Carus, Valerius Valens, delegați trimiși la Roma la consulatul lui Severianus Clarissimus Viri, întorși teferi, au ridicat acest prinos de recunoștință”.

Epitetele sub care era adorat Hercule la băile termale de pe Valea Cerneli sînt variate: sanctus = sfînt, puternic; augustus = mare; vrednic de cinste; invinctus = neînvins, biruitor; salutaris = dător de sănătate. În cea de a doua jumătate a secolului al II-lea e.n. la cultul lui Hercule se asociază și cel al lui Esculap și Hygiei. Așa se explică de ce către sfîrșitul stăpînirii romane în Dacia, numele lui Hercule apare mai rar, fiind înlocuit cu Esculap sau Hygeia. Astfel, Marcus Aurelius, prefectul Legiunii a XIII-a Gemina, cu sediul la Apulum în perioada 260—268.

Închină o inscripție: „zeilor mari și buni Esculap și Hygeia”.

După ce administrația romană a părăsit Dacia în anul 271, sub împăratul Aurelian, viața orășenească decade. Stațiunea balneară, părăsită de romani, a fost folosită totuși în continuare și în secolele următoare de către urmașii daco-romanilor.

Cura de băi

Pe măsura scurgerii timpului și a dezvoltării pe care a cunoscut-o poporul român ce locuia aceste meleaguri, apele termale de la Băile Herculane au devenit tot mai cunoscute. Astfel, la începutul secolului al XVI-lea istoricul Stephanus Taurinus, în opera sa „Index abecedarius”, semnală, în apropierea cetății Severin, existența unei fîntîni termale. Marele umanist român Nicolae Olahus (1493—1568) spunea: „Nu departe de Severin se zice că este o fîntînă șișuitoare a cărei apă, după cum am auzit de la mulți, biruie metehnele trupului”, și încheia: „De aceea chiar turcii țin această fîntînă în mare cinste”.

Statuile romane ale lui Hercule au rămas în apropierea băilor de la Mehadia un mileniu și jumătate, timp în care băile au continuat să fie folosite cu mare succes, falma lor, în creștere, ajungînd pînă la curțile imperiale ale Austriei și Rusiei. Despre eficiența apelor și despre frumusețea monumentelor vorbește grăitor lucrarea istoricului italian Pasquale Garofolo, intitulată „Disertatio thermis Herculanis”, singura mărturie despre materialul arheologic de la Băile Herculane, deoarece în stațiune a rămas o mică parte conservată atît în muzeul local, cit și la Lugoj, Caransebeș și Timișoara. Cea mai mare parte a acestui material arheologic a luat drumul Vienei, iar o parte s-a scufundat în Dunăre, odată cu vasul care-l transporta. El avea atît o valoare artistică, cit și una istorică.

Din prima categorie făceau parte șapte stătuile înfățișând pe Hercule, dintre care trei se mai păstrează la Viena, trei s-au scufundat în Dunăre și una a rămas sculptată direct în stîncă la Izvorul "Hercule", într-o nișă la bazinul sudic al Băilor Herculane. Această statuie îl reprezintă pe Hercule cu măciuca pe umărul stîng, iar în mîna dreaptă ține ridicată o cupă cu care îmbie pe trecători. Cea mai reprezentativă dintre statuile rămase la Viena a fost așezată într-o cameră a bibliotecii imperiale. "Această statuie — scrie Francesco Grisellini, istoricul italian menționat mai sus — are o înălțime de două picioare și este executată din cea mai frumoasă marmură albă. Zeul îl ține în mîna stîngă pe băatul Hylas, iar în mîna dreaptă măciuca pe care o sprijină pe capul porcului Erimontin, iar în fața picioarelor sale stă un cîine de vînătoare foarte frumos lucrat."

Francesco Grisellini ne dă o descriere completă a Băilor Herculane, așa cum le-a văzut el în 1773. El relatează "cum se servesc valahii de rînd cu mare încredere în apele salutare ale băilor calde de la Herculane în cele mai periculoase și înrădăcinate boli. Ei sosesc la băi, de obicei, simbăta seara, intră în aceeași seară în baie, femei și bărbați amestecați între ei, stau în apă 1—2 ore și cu toată apa fierbinte ei se scufundă în ea pînă la piept. Ei dorm pe loc, înveliți în mantale. După ce a doua zi dimineața au făcut încă o baie, au asudat și au luat masa, se întorc iarăși la casele lor, afară de cazurile cînd au răni, din pricina cărora sînt siliți a întrebuița băile timp mai îndelungat. Aceasta este o cură de băi a valahilor prin tradiție și experiență."

Stațiunea a avut de suferit din cauza războiului austro-ruso-turc din 1738—1739, la care se adaugă cîmă și o invazie de lăcuste. Dar băile încep să se refacă, alungînd să aibă în 1764 "birt, casă de oaspeți «Caserne», capela mică, grajduri, două băi mici, cabinete..." La primele semne ale venirii toamnei totul era părăsit și stațiunea devenea aproape pustie, ca odată cu sosirea lunii mai să prindă iarăși viață.

În anul 1777 se face prima analiză a apelor de la Băile Herculane. Rezultatele publicate despre puterea miraculoasă a apelor au avut efectul unei explozii de publicitate, făcînd ca vilegiaturistii să invadeze în anii următori stațiunea. În 1776 același Francesco Grisellini face un studiu asupra Banatului în "Istoria Banatului Timișan". În Scrisoarea a XI-a el descrie Băile Herculane cu antichitățile, izvoarele și clădirile existente la acea dată și face observații interesante asupra calității acestor ape, anexînd și o hartă a stațiunii.

Vilegiaturisti de seamă la Băile Herculane

Printre vilegiaturistii sosiți la sfîrșitul secolului al XVIII-lea și începutul secolului al XIX-lea sînt consemnați numeroși oameni politici și scriitori români, care și-au îngrijit sănătatea aici. Dintre aceștia amintim: pe episcopii Filaret și Dionisie Ecleziarhul, care se aflau la Băile Herculane în vara anului 1786, pe marele vornic Barbu Știrbei (tatăl domnitorului cu același nume), prezent aici în 1796. Cronicarul bănănean Stoica de Hapeț amintește și de șederea lui Tudor Vladimirescu în vara anului 1815, timp de două săptămîni. În iunie același an se duce la Băile Herculane Elena, soția clucerului Constantin Brăiloiu, care suferea de reumatism și care, după trei ani de cură, în 1817, declară că "numai prin băile Mehadiel și-a dobîndit tămăduirea". În 1823 se aflau aici Belzadea Nicolae Șuțu, marele logofăt al Moldovei, împreună cu soția sa Caterina, unde au făcut tratament și au stabilit legături de prietenie cu familiile aristocrate ungare. Dinicu Golescu, cu prilejul călătoriilor sale, între 1824 și 1826, se oprește la Herculane. El ne dă informații interesante cu privire la viața în stațiune, la natura apelor termale și la tratamentul bolnavilor. "Aici, scrie el, sînt felurimi de ape metalicești, firește fierbinți, cu deosebită fierbințeală una către alta, din care una este atît de fierbinte, încît peste puțină este omul de a-și ține trupul supt cursul apei". În ce privește găzduirea, Dinicu Golescu notează: "Sînt zidiri destule pentru întrebuițarea celor ce vin spre cîștigarea sănătății", iar apoi "se găsesc toate cele necesare: doctori, chirurși, spișerie, birt, unde pot mînca cei ce nu vor să-și gătească deosebit".

Printre vizitatorii băilor erau la acea dată Grigore Brăncoveanu (1827—1886) și fostul domnitor muntean Gheorghe Bibescu. În anul revoluționar 1848 se găsea la Băile Herculane și Nicolae Bălcescu, care venise în stațiune pentru a-l înfrîni pe generalul Bem și a obține de la el adeziunea pentru formarea unei legiuni române. În vara lui 1847, după moartea bunei sale prietene Elena Negri, Vasile Alecsandri merge pentru "interese de sănătate" la Băile Herculane. Nu se cunoaște exact cît timp a stat aici. După aproape 40 de ani, în 1884, Alecsandri revine la Herculane, căci reumatismul de care suferea cerea o îngrijire mai serioasă. De data aceasta poetul a rămas timp de două luni, perioadă în care el a fost vizitat de o delegație de 50 de băneni în frunte cu primarul orașului Lugoj, C. Rădulescu. Cuvîntarea inimosului lugojan îi aduce lui Alecsandri "spontan și nesolicitat omagiu naștunii sale pentru care visase", iar poetul răspunde: "Eu din copilăria mea... am fost legănat de cîntecele poporului român". Poetul și-a manifestat încrederea că datorită calităților sale poporul nostru "are să se renască și se va renaște".

Într-o colecție fotografică putem vedea la Băile Herculane pe viitorul general George Manu, pe Nicolae Goleșcu și Alexandru Racoviță, pe marele neguțător și bancher bucureștean Alexandru Chirilof.

Spre sfîrșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX, înfrînim printre vizitatori pe Titu Maiorescu, George Coșbuc și pe poetul Ion Pilat.

Inspirați de frumusețea locurilor și de legende de pe meleagurile Cernei, poeți și scriitori români și străini au scris minunate rînduri. Printre aceștia amintim pe Christiaan Andersen, Dinicu Goleșcu, Vasile Alecsandri, George Coșbuc Al. Petofi, Liviu Rebreanu, Nicolae Iorga, Nicolae Xenopol, Mihail Sadoveanu, Ion Minulescu, Ion Slavici, Lucian Blaga.

În continuă modernizare

Între cele două războaie mondiale se introduc în hoteluri sobe de teracotă și apă curentă în camere, se refac izvoarele termale, se modernizează băile "Apollo" și "Hebe", se repune în folosință baia "Venera". De asemenea, se fac la Băile Herculane și studii interesante privind acțiunea apelor în cura internă, de către specialiști, cum sînt: dr. Alambur (în 1925), dr. Cismărescu (în 1929), dr. Gh. Irimescu (în 1935). Aceste studii privesc acțiunea apelor asupra secreției și motilității biliare, asupra secreției gastrice, motilității și tranzitului gastro-intestinal.

O nouă istorie

Din 1948 Băile Herculane devin un bun al întregului popor. Iau o mare amploare construirea, reconstruirea și modernizarea stațiunii, creîndu-se condiții optime pentru tratamentul balnear. Prin grija statului, stațiunea a devenit permanentă, de la o durată de 90 de zile, cît era în trecut, sezonul de băi fiind extins la întreg anul. Astăzi vizitatorii admiră și beneficiază de deosebite realizări ale prezentului socialist. Astfel, în anul 1968 s-a construit în centrul stațiunii Hotelul "Hercules" cu 520 de locuri. În 1973 U.G.S.R. construiește în Parcul "Vila" un complex sanatorial cu 400 de locuri. În 1975 se dă în folosință Hotelul "Roman" cu 300 de locuri. Complexul "Diana", cu 420 de locuri, se construiește în 1977, iar în 1979 Complexul "Afrodita" și Complexul UGSR (anexă a celui vechi, totalizînd împreună 1 500 locuri). În prezent se află în construcție stațiunea "Herculane II", care va însuma 4 000 locuri. În același timp, s-au descoperit noi surse de apă termală: izvoarele "Traian" și "Decabal".

Pentru transformarea Băilor Herculane dintr-o stațiune sezonieră într-una permanentă s-au făcut numeroase amenajări speciale, care asigură efectuarea tratamentului complex și cazarea în cele mai bune condiții și în anotimpul rece. Numeroși medici balneologi și de alte specialități stau la dispoziția pacienților în cabinete bine utilate. Într-un cuvînt, s-a realizat tot ceea ce era necesar din punct de vedere balneotermal și terapeutic pentru ca Băile Herculane să devină o perlă a stațiunilor balneare românești, cu o sporită faimă mondială.

Dr. Alexandru ȘTRENC

PREMIERE ROMÂNÊȘTI

1708

Spătarul Mihai Cantacuzino întemeiază pe lângă mănăstirea Colței din București prima instituție spitalicească din Țara Românească.

1749—1815

Ioan Piuriu-Molnar, cărturar erudit de factură iluministă, considerat „părintele medicinei savante românești”, profesor de boli de ochi la Școala medico-chirurgicală din Cluj, a fost primul medic român cu studii superioare. În 1771 i se crează o catedră, devenind astfel cel dintâi profesor universitar român de medicină. În 1793 editează prima lucrare de medicină elaborată de un român, intitulată „Sfaturi către studenții în chirurgie”

1826

Primul desen anatomic medieval, premieră în medicina românească, se datorează monahului Teodosie de la mănăstirea Neamț. Desenul reprezintă două inimi, pe față și pe dos, și ilustra cartea lui Nicodim Aghioritul.

1832

Se efectuează prima autopsie cu caracter medico-legal din România. Realizată la zece zile după decesul persoanei, autopsia este întregită de un examen toxicologic efectuat de un farmacist.

1841

Nicolae Kretzulescu (1812—1900), recent întors în țară (1839), întemeiază Școala de chirurgie de la Colțea, prima de acest fel la noi, transformată ulterior (1869) în Facultatea de medicină.

1858

Iuliu Baraș (1815—1863), medic pediatru, filozof și animator cultural, întemeiază primul spital de copii din București. Inițial a funcționat sub formă de dispensar în propriile case (din cartierul Dudești), ca apoi, în 1884, să-l mute în clădirile construite pe actualul Bulevard Ilie Pintilie unde funcționează azi Spitalul de copii „Grigore Alexandrescu”.

1865—1897

Ștefan Stincă, medic și mili-

tant socialist, în teza sa de doctorat, **Mediul social ca factor patologic** (1891), publicată parțial și în revista pariziană „L'ère nouvelle”, face, de pe pozițiile materialismului dialectic, pentru prima dată la noi, o caracterizare nouă a conținutului unor noțiuni ca „mizerie materială”, „conștiințe sociale” etc. Introducând în teoria patogenezei teza mediului social ca factor patologic, Șt. Stincă este unul din primii medici din lume care a evidențiat că în apariția bolilor o importanță deosebită o au condițiile de muncă și viață ale oamenilor.

1877

Apare în Franța **Dictionarul medical Dechambre**, în care capitolul intitulat **Les Roumains** a fost redactat de antropologul Alexandru Obedeanu, constituind prima manifestare românească de prestigiu în viața științifică de specialitate europeană. Capitolul respectiv, elaborat în 1876, înfățișă particularitățile anatomofiziologice, tipologice, sanitare, alimentare, geografice și socio-culturale ale românilor.

1879—1959

Nicolae Deleanu, primul om de știință român și printre primii în lume care a cercetat bioritmurile.

1884

După studii superioare la Montpellier, Maria Cuțarida (1858—1919) obține titlul de doctor în medicină la Paris, devenind astfel prima româncă posesora unui astfel de titlu. Funcționează, după revenirea în țară, la Spitalul „Filantropia” din București, unde în 1897, întemeiază primele case de copii: „Materna” și „Leagă-nul”, iar în 1899 organizează prima creșă de fabrică.

1885

Victor Babeș, creatorul seroterapiei, publică la Paris, împreună cu A.V. Carnil, primul tratat de bacteriologie din lume, intitulat **Bacteriile și rolul lor în anatomia și histologia patologică a maladiilor infecțioase**, lucrare ce a

fost distinsă de Academia de Științe franceză.

1896

Savantul Gheorghe Marinescu (1863—1936), împreună cu Dragomir Hurmuzescu (1865—1954), efectuează, la un an după descoperirea razelor X de către Röntgen, primele radiografii. În anii următori, Gh. Marinescu desfășoară o asiduă activitate științifică. În 1898 i se încredințează, conducerea primului serviciu de boli nervoase din țara noastră, serviciu ce a funcționat la Spitalul „Pantelimon” și folosește pentru prima dată în lume (1898) filmul în investigarea științifică.

1909

Prima autooperație de hernie din lume o realizează, la Iași, doctorul Alexandru Taicu, șeful clinicii chirurgicale a Spitalului „Sf. Maria”.

1909

La vârsta de 15 ani, viitorul savant Hermann Oberth inaugurează primele cercetări de medicină spațială din istoria științei. Și-a construit singur o instalație, care de fapt era o centrifugă, cu ajutorul căreia a stabilit că omul poate suporta o apăsare mai mare de 6—7 ori decât propria greutate.

1910

Elena Densușianu este prima femeie căreia i se acordă un titlu universitar în învățămîntul medical românesc.

1920

Medicul Victor Anastasiu (1886—1972) înființează la București Centrul de medicină aeronautică, printre primele din lume. Valoarea științifică a cercetărilor efectuate, în premieră mondială, asupra comportamentului aviatorilor și în timpul zborului a fost relevată de către savantul Ch. Richet la Congresul internațional de navigație aeriană de la Paris (1921).

1937

În comuna Pătirlagele (jud. Buzău) Smaranda Radu Soare dă naștere la patru gemeni (trei fete și un băiat).

1946

Prima femeie ministru din România, dr. Florica Bagdasar primește portofoliul sănătății în guvernul Dr. Petru Groza.

1952

Primul institut de geriatrie din lume este creat, la București, de prof. dr. docent Ana Aslan.

1955

Pe Stadionul Tineretului din București se desfășoară primul concurs pe țară al grupelor sanitare ale Crucii Roșii.

1961

La Spitalul clinic Fundeni se efectuează prima operație din țara noastră pe cord deschis cu ajutorul aparatului inimă-plămîn artificial.

1970

La Clinia de ortopedie traumatologică și chirurgie infantilă a I.M.F. Tirgu Mureș se efectuează pentru prima dată în lume, vertebrectomia totală.

1972

Se inaugurează la Tirgu Ocna, la o adîncime de 130 m, primul sanatoriu subteran din țara noastră pentru tratamentul astmului bronșic prin speleoterapie.

1972

Clinica chirurgicală nr. 1 din Cluj-Napoca este dotată cu primul rinichi artificial fabricat la noi în țară.

1973

Un colectiv de specialiști realizează și experimentează, în premieră, un cardiostimulator de construcție românească avînd performanțe la nivelul celor mai valoroase aparate de acest gen din lume. În același an, pensionarului Alexandru Petrescu (74 ani) din Constanța i se implantează un asemenea aparat de 127 grame și 54/22 mm.

1980

La Clinica de chirurgie urologică de la Spitalul clinic „Fundeni” s-a efectuat, în premieră națională medicală, un transplant de rinichi.

1983

La Clinica de chirurgie infantilă a Spitalului de copii „Grigore Alexandrescu” din București, doctorul Alexandru Pesamosca operează, pentru prima oară în lume, un copil de o zi.

Mioara DAN



PRECURSORI AI MEDICINII SOCIALE ROMÂNEȘTI

Încă în secolul trecut o serie de medici au sesizat aspectele sociale ale preocupărilor lor medicale, ceea ce i-au făcut să-și pună problema rolului lor în cadrul vieții obștești. Ne referim în acest articol în special la tezele de doctorat în medicină și chirurgie care au atacat, fapt ce nedumerea pe unii în acel timp, subiecte demonstrând implicarea socială a practicii medicale, care trebuie să asigure nu numai viața, ci și starea de sănătate a întregii societăți, sub toate aspectele pe care aceasta le include.

Preocuparea majoră a precursorilor medicinei sociale în România a fost cercetarea condițiilor de viață ale țăranimii, cea care alcătua majoritatea populației țării. Astfel, în 1858, dr. I. Theodori își susține la Berlin teza de doctorat în medicină cu titlul **De pellagra**. O teză de doctorat prezentată la Facultatea de medicină din București poartă de asemenea, titlul **Despre pellagră**. Această teză, printre primele susținute la București (înregistrată la nr.5), iscălită de dr. Christu R. Ciobanoff, abordează una dintre cele mai importante plăgi medico-sociale ale timpului din mediul sătesc, dispărută abia în anii republicii. Larga răspindire a pelagrei l-a făcut pe dr. Grigore Christescu să-și aleagă și el acest subiect pentru teza de doctorat susținută la București în 1878: **Cîteva considerațiuni asupra pellagrei**. În 1890, la Iași, teza nr.10, intitulată **Cîteva cuvinte asupra pellagrei**, susținută de dr. Vasile Bocescu, analizează aceeași boală, iar în 1901, savantul Victor Babeș și dr. V. Sion publicau la Viena o monografie cu același subiect. Notăm din aceasta: „Țăranul suferă și moare, de o parte din cauza boalelor infecțioase, care pot fi combătute și la noi, pe cînd un alt grup de boale de care suferă țăranimea sînt boalele mizeriei, adică sînt în strînsă legătură cu neîngrijirea statului față de starea economică a țăranului”. Victor Babeș considera că leacul pelagrei este, înainte de toate, împrăștierea țăranilor. În același an, 1901, A. Urbeanu publică lucrarea **Îmbunătățirea alimentației țăranului român**, temă abordată și de prof. dr. N. Lupu cîțiva ani mai tîrziu (1906) în paginile revistei „Viața Românească”. Mai semnalăm teza pentru doctoratul în farmacie, semnată în 1917 de Grigore St. Caracș, **Mălaiul și mămăliga. Contribuțiuni la alimentațiunea țăranului român**.

Cifrele alarmante ale mortalității infantile, mai ales la sate, indicator demografic de o deosebită importanță, l-au preocupat pe primul medic care și-a dat doctoratul la Iași. Notăm astfel teza nr.1, prezentată la Facultatea de medicină din Iași, în 1887, de către dr. Nicolae Chrissochefal, intitulată: **Alimentațiunea copiilor noi născuți ca una din cauzele principale ale descreșterii populațiunei**.

Tuberculoza pulmonară făcea ravagii atît la sate cît și la orașe. O militantă marcantă în lupta contra acestei boli necruțătoare în acel timp a fost dr. Ecaterina Arbore, militantă de frunte a mișcării socialiste din țara noastră. Dintre lucrările sale enumerăm: **Alarma (Despre răspindirea tubercu-**

lozei); Despre oftică, Cum ne putem feri de această boală; Despre tuberculoză în capitală; Întinderea tuberculozei în București în anii 1902—1912. Campania împotriva acestei grave afecțiuni pulmonare astăzi combătută cu mijloace eficiente, a dus, în anul 1908, la apariția primelor sanatorii pentru tuberculoși în România.

Dar și o altă afecțiune, astăzi eradicată, constituie tema unei teze — nr.86 din anul 1881 — intitulată **Cîteva cuvinte asupra măsurilor sanitarii profilactice contra variolei**, avînd ca autor pe dr. Staur Anastasescu.

Lepra a stat, de asemenea, în atenția doctoranzilor noștri. Menționăm astfel, teza prezentată, în anul 1900, la București de dr. C.T. Bolintineanu: **Consiiderațiuni generale asupra etiologiei și pathologiei leprei la noi**.

Deși industria românească era încă la începuturile ei, condițiile de muncă ale lucrătorilor erau în atenția unor medici cu vederi înaintate. Astfel, în 1907, an care a zguduit puternic întreaga lume românească, dr. Ecaterina Arbore publică în Editura revistei „Viitorul social” un studiu în 21 de pagini intitulat **Influența industriilor asupra sănătății lucrătorilor**. Semnalăm și faptul că savantul Gh. Marinescu publică, în același an, lucrarea **Nevroza traumatică și accidentele muncii**. Un an mai tîrziu, în 1909, dr. Ștefan T. Anastasiu, prim-intern la „Societatea de Salvare” București, elaborează o teză de doctorat cu un subiect inedit pentru astfel de lucrări medicale: **Accidentele muncii din punct de vedere medico-social**. Este anul cînd un alt medic, dr. Const. Popescu, publică, la București, lucrarea **Starea igienică și sanitară a industriei noastre**, prefată de savantul Ioan I. Cantacuzino, întemeietorul institutului care îi poartă numele și fondatorul școlii românești de microbiologie.

La începuturile igienei industriale în țara noastră o contribuție remarcabilă a adus și dr. C. Popescu-Azuga, care a întreprins vaste anchete asupra condițiilor de muncă și trai ale muncitorilor din industrie. În 1909, el publică **Starea igienică și sanitară a industriei noastre**, sintetizînd cercetările sale pe teren. Tot în acel an, dr. Ecaterina Arbore tipărea lucrarea **Femeia muncitoare**.

Prof. dr. G. Banu, mai tîrziu șef al Catedrei de medicină socială și director al Institutului de igienă și sănătate publică din București, scrie în 1933, an de acută criza economică: „...la 600 000 născuți avem anual o mortalitate generală de 360 000 din care 200 000 mor înainte de vîrsta de 20 ani (din aceștia 120 000 mor în primul an). La vîrsta recrutării, din cei 250 000 de tineri înscrîși, nu ajung valizi pentru armată decît jumătate, pentru că o pătrime mor înainte de vîrsta recrutării și o pătrime sînt dispensați ca inapți. Această exemplificare denotă suficient lipsa de interes biologic și inexistența protecțiunii sociale. Dacă examinăm cîmpul flagelilor sociale, vedem că anual 100 000 de tuberculoși contămînează societatea, 200 000 de bolnavi propagă sifilisul și mai mult de 150 000 zac de malarie”.

În încheierea articolului nostru relevăm importanța faptului că cercetările de medicină socială a precursorilor acestei științe au fost încredințate tiparului, fiind aduse la cunoștința întregului corp medical. Pentru noi, oamenii acestei epoci, ardentele probleme medico-sociale de odinioară rămîn ale trecutului, consemnări în prețioasa arhivă a medicinei românești.

Dr. Dinu MAREȘ

Aniversarea intrării României în primul război mondial, în august 1916, alături de Puterile Antantei, hotărâtă prin voința unanimă a poporului nostru de a împlini o necesitate obiectivă — unitatea național-statală — constituie de fiecare dată un prilej de emoționante aduceri aminte. Împlinirea în 1986 a 70 de ani de la acest eveniment deosebit din istoria țării noastre ne oferă posibilitatea de a reaminti generațiilor de azi aportul adus, alături de armată și întregul popor și de Crucea Roșie română, în anii acestui război.

Pentru a reda succint dimensiunile contribuției sale în cadrul prevederilor Convențiilor de la Geneva din 1864 și 1899 vom menționa că, în primele zile ale războiului, Crucea Roșie română a înființat numai la București 14 spitale de campanie cu 3 866 paturi iar în vremea ocupației de către armata germană a unei părți a teritoriului României, personalul Crucii Roșii, rămas la București a condus activitatea acestor spitale și a constituit alte 12 cu 1 654 paturi. În același timp, în 42 de localități din teritoriul cucerit, filialele Crucii Roșii române au continuat să acționeze și să organizeze 51 de spitale cu 8 000 paturi. Totodată, după retragerea în Moldova, conducerea Crucii Roșii, aflată la Iași, a înființat 6 spitale de campanie și peste 70 de spitale de zonă interioară, care au fost subordonate Serviciului sanitar al armatei. Toate aceste unități spitalicești au fost asigurate în cea mai mare parte cu surori de Cruce Roșie care prestau serviciile benevole. Dacă unele dintre ele participaseră în anii anteriori la cursuri organizate de Cruce Roșie, majoritatea și-au însușit cunoștințele necesare „din mers”, la patul bolnavului și în sălile de operație.

Am avut, de curând, posibilitatea să ascult, depășindu-și amintirile, pe una din venerabilele surori de Cruce Roșie din acel an, profesoara Luiza Onicescu, soția regretatului matematician Octav Onicescu.

După absolvirea în mod strălucit a Facultății de litere și filosofie din București, Luiza Onicescu s-ar fi putut dedica exclusiv profesiei aale. Dar, revenind în orașul natal — Botoșani —, a considerat din prima zi de



Grup de surori de Cruce Roșie în fața unui tren sanitar.

CU DĂRUIRE ȘI UMANISM

război că datoria ei este să contribuie la îngrijirea răniților și bolnavilor ca soră de Cruce Roșie. „Atât de puternică era atunci această opțiune manifestată de femeile de toate vârstele și preocupările încît nu aș fi conceput să nu fiu soră de Cruce Roșie. De altfel, cele mai bune prietene ale mele — surorile Licu, surorile Filiti și profesoara de franceză Georgeta Aslan, erau surori benevole de Cruce Roșie. Curînd am constatat că la spitalul amenajat la Liceul „Laurian” din oraș, insuficiența personalului sanitar militar subaltern făcea deosebit de util ajutorul dat de noi, surorile de Cruce Roșie, în sălile de pansamente și chiar în cele de operație. Cum trebuie să acționăm, am învățat repede de la medici — doctorii francezi Paul Bunet și De Nabias — cu convingerea că fiecare noțiune și fiecare manevră însușită ne vor permite să-i îngrijim cît mai bine pe cel în suferință”.

În iarna lui 1917, Luiza Onicescu vine la Iași, unde era mobilizat soțul său, iar în primăvara aceluiași an îl urmează la Tecuci unde își reia activitatea de soră de Cruce Roșie. „Am căutat acolo să mă ocup îndeosebi de îmbunătățirea hranei răniților și bolnavilor, să realizăm, cu ceea ce aveam, o masă cît mai bună pentru a se restabili. Pentru că surorile de Cruce Roșie, în afara îngrijirii răniților și bolnavilor, se ocupau și cu hrănirea celor imobilizați la pat, de igiena lor. Ele nu ezitau să intre și în spitalele de tifos exantematic pentru a participa la deparazitarea bolnavilor, o activitate care cerea abnegație și era plină



Iași 1918: Luiza Onicescu și soțul său Octav Onicescu, pe atunci locotenent de rezervă



Salon dintr-un spital al Crucii Roșii, organizat în Moldova.

de riscuri. În rîndurile surorilor de Cruce Roșie s-au aflat în acei ani femei de toate vârstele și preocupările, din toate categoriile sociale. Pentru că Crucea Roșie a fost în anii primului război mondial singura organizație care a oferit femeilor posibilitatea să participe nemijlocit la activitatea social-umanitară. Conștiința de rolul ce li se încredința, surorile de Cruce Roșie și l-au îndeplinit cu devotament, deseori neprecupețindu-și nici viața”.

Deodată, profesoara Luiza Onicescu tace. Parcă firul amintirilor s-a rupt. De după lăntile groase ale ochelarilor scilicet lacrimi....

Nicolae TURTURESCU

Operațiunea MADRID

REFUGIAȚII

„Bătrînul cu ochelarii cu ramă de oșel și cu hainele pline de praf se odihnea pe marginea șoselei. Pe podul de vase de peste fluviu treceau căruțe și camioane, bărbați, femei, copii. Căruțele trase de catiri se opinteau urcînd malul abrupt dinspre pod și soldații le împingeau, trăgînd de spițele roților. Camioanele urcau uruind și treceau înainte, în frunte, iar țărani se țirau pe drum, înaintînd în praf pînă la glezne. Numai bătrînul stătea nemișcat. Era prea obosit ca să meargă mai departe.

Aveam misiunea de a trece podul, de a explora capul de pod din partea cealaltă și de a afla pînă unde înaintase inamicul. După ce mi-am făcut treaba, m-am întors. Pe pod nu mai treceau nici prea multe căruțe și nici prea mulți oameni, bătrînul însă era la locul lui... N-aveam ce să-i fac. Era duminica paștilor și fasciștii înaintau spre Ebru. O zi întinecată și cenușie, cu cerul acoperit, așa că avioanele lor nu ieșiseră...”

În 1938 marele scriitor american Ernest Hemingway telefona din Spania aceste rînduri de început ale schișei-reportaj „Bătrînul de lingă pod”. Era de mult timp corespondent de presă al agenției americane „North American Newspaper Alliance” pe frontul republican și participa cu încreașă la ființă de partea celor care se ridicaseră împotriva fascismului pentru a-i apăra pe cei săraci, singuri și necăjiți.

La Madrid, aflat în plină încercuire, locuia la Hotelul „Florida”, aproape de clădirea centralei telefonice pentru a-și putea transmite cu operativitate reportajele. Capitala și mai ales centrul ei, fuseseră bombardate intens de aviație. Clădirile erau lovite de bombe, de schije. Aveau pereți dărîmați, geamuri sparte. Uneori lipseau acoperișurile. În Madridul supraaglomerat se adunase și populația din împrejurimi alungată de urgia războiului și, în special, de frica trupelor maure.

Asemenea bătrînului lui Hemingway, coloane nesfîrșite de refugiați intrau pe porțile Madridului care devenea cu fiecare zi o cetate tot mai puternică, apărată de șiruri lungi de tranșee, săpate de bărbați și de femei, pentru a stăvili înaintarea inamicului. A unui inamic ce părea de nestăvilit. A unui inamic înarmat cu cele mai noi arme ale Germaniei lui Hitler și ale Italiei lui Mussolini: tancuri, mașini blindate, avioane de bombardament, tunuri cu tragere lungă, obuze și bombe incendiare...

COȘMARUL

Cînd începuse?

În 1932, cînd cîteva grupuri de dreapta se uniseră în „Confederația Autonomă de Dreapta”,

grupare contrarevoluționară, constituită doar la cîteva luni de la abdicarea lui Alfonso al XIII-lea și proclamarea republicii spaniole?

În octombrie 1933 cînd se crease partidul fascist „Falanga spaniolă”?

În 17—18 iulie 1936 odată cu începutul rebeliunii militaro-fasciste?

După abdicarea regelui, cortesurile nou alese adoptaseră, în pofida opoziției forțelor de dreapta, o constituție care proclama separarea bisericii de stat, introducerea votului universal, egal pentru bărbați și pentru femei; fusese desființat Ordinul leziunilor iar averile minăstirești fuseseră declarate „bunuri ale națiunii”.

Se realizase și o largă alianță de masă odată cu înfăptuirea unității mișcării sindicale prin unificarea „Confederației Unitare a Muncii” cu „Uniunea Generală a Muncitorilor” și, în plus, avusese loc crearea „Frontului Popular” — al comunistilor, socialiștilor și republicanilor de stînga.

Alegerile parlamentare din 16 februarie 1936 constînșiseră victoria „Frontului Popular” — care cîștigase 268 din cele 473 de mandate. Și deodată, cu sprijinul direct al aviației germane și italiene, izbucnise rebeliunea militaro-fascistă care devenise amenințătoare prin transportarea trupelor din Marocul spaniol și de pe Insulele Canare pe pămîntul Spaniei. În sprijinul generalilor rebeli din Madrid, Barcelona, Burgos, Saragoza, Sevilla și Oviedo erau transportate de avioanele lui Hitler





și Musolini trupele marocane și din legiunea străină. Statul lor major era la Burgos, în centrul Spaniei, la nord de Madrid, fiind condus de generalul Francisco Franco, cel care, în octombrie 1934, reprimase sîngeros răscoala armată a muncitorilor din Asturia.

Drept răspuns, la Madrid se formase un guvern de coaliție prezidat de Largo Caballero. Între primele hotărîri ale acestuia — „Decretul cu privire la confiscarea pămînturilor aparținînd dușmanilor republicii și împărțirea lor țăranilor” și „Decretul privind înființarea Armatei populare”. O armată entuziasată, capabilă de orice sacrificii, disciplinată, eroică, dar lipsită, aproape cu desăvîrșire, de armele necesare unui adevărat război.

O pușcă putea fi încredințată însă oricînd, oricărui om care prezenta o legitimație de sindicalist — ca o adevărință clară a adeziunii sale republicane, antifasciste. Cu „dotarea” aceasta trebuia să țină piept nu numai armatelor lui Franco și conspirației lui Hitler și Musolini, ci și indiferenței și conciliatorismului a 27 de guverne europene, care, la 19 august, semnasera la Londra un acord cu privire la neamestecul în războiul civil din Spania, alegînd un așa-numit „Comitet de neintervenție”

COPII SUB PROTECȚIA CRUCII ROȘII

Era o vară toridă. Un soare imens pîrjolea pămîntul. Războiul izbucnise în plină vacanță despărțindu-i, pentru mult timp, sau chiar pentru totdeauna, pe membrii unei familii de cei aflați în concediu la munte sau la mare, pe părinți de copii, de frați, de prieteni...

Mii de părinți, de soți care se aflau în orașe, la locurile lor de muncă, așteptau cu disperare vești.

lar acestea nu mai soseau. Întreruperea bruscă a comunicațiilor făcea imposibilă regrouparea.

Situația copiilor aflați în colonii de vacanță era chiar mai gravă decît își închipuiau părinții. Se despărțiseră de cei dragi în gări, bucurîndu-se că vor petrece cîteva zile în taberele organizate de asociațiile funcționarilor, de sindicatele muncitorești, de instituțiile școlare... Ca de obicei, trenurile plecaseră spre nord, ducîndu-i în Țara Bascilor, în Galicia, în Pirinei. Acum, între ei și familiile lor se aflau tranșee, trupe în conflict, tunuri și tancuri. Trupele de asalt naționaliste pătrundeau ca o spadă spre inima Spaniei — Madrid — făcînd aproape imposibilă orice comunicare între nordul și centrul țării. În coloniile de copii nu mai sosea nici o veste și, în plus, mîncarea începuse să se împușneze, să lipsească. Ajutorarea lor ca și aceea a refugiaților, era o problemă de competența Crucii Roșii.

Înființat în 1863 la Geneva, din inițiativa unor cetățeni elvețieni — Henry Dunant, avocatul Gustave Moynier, generalul Guillaume Henri Dufour, dr. Louis Appia și dr. Théodore Maunoir, așa numitul „Comitet genevez al celor cinci”, care se transformase mai tîrziu în Comitetul Internațional al Crucii Roșii (CICR) era inițiatorul Convențiilor de la Geneva din 1864, 1899 și 1929 privind situația militarilor răniți în conflictele armate — pe uscat și pe mare —, tratamentul prizonierilor de război și protecția personalului sanitar sub emblema Crucii Roșii. CICR avusese, încă din anul 1920, inițiativa protejării populației civile în conflictele armate. Situații de genul celor întîlnite în timpul primului război mondial trebuiau prevenite. Ca urmare, în 1920, CICR adresase primei Adunări a Societății Națiunilor o notă în care se propunea Societății Națiunilor — recent create — să se ocupe de mijloacele de a face războiul „mai uman”, în special prin „limitarea războiului aerian la scopuri exclusiv militare, precum misiunile avioanelor de recunoaștere și interzicerea lansării asupra orașelor de proiectile care aduc moartea în rîndul unei populații pașnice, a femeilor și co-



— Dar Madridul e al nostru. Salut!"

Atmosfera din Madrid, descrișă cu o mare economie de cuvinte, poartă o semnătură celebră: André Malraux. Participant la războiul civil de partea trupelor republicane, Malraux a scris într-un timp record un roman-reportaj care avea să devină celebru în citeva luni, „Speranța”, apărut la Paris în anul 1937. În el arată cum sub „scutul neintervenției”, din Germania, la Burgos se primeau neîncetat escadrile de luptă, unități motorizate și blindate iar din Italia legiuni întregi care luau poziții ofensive atacând trupele republicane cu scopul de a instaura un regim nedorit de popor. Cu ajutorul armamentului străin și al trupelor italiene și germane sînt atacate orașele din nordul Spaniei — între care cele mai importante pentru republicani sînt San Sebastian și Inun. Căderea lor face posibilă concentrarea atacului pe direcția Madrid. Fostul șef al Siguranței din Madrid, generalul Mola, acum comandant al trupelor antirepublicane, concepe un atac al Capitalei pornind din patru direcții: dinspre Toledo, dinspre Maqueda — Navacalnero, dinspre Guadarrama și dinspre Jarama. Practic, inamicul este la toate azimuturile.

Mari coloane de soldați se îndreaptă spre Madrid alungînd din casele lor oamenii prinși în tăvălugul de fier al unei înclătări dramatice. Mila — spun franchiștii — nu are ce căuta atunci cînd în joc sînt interese „supreme”. Pe liniile telefonice, rămase ca prin minune intacte, se întretaiau glasurile republicanilor cu cele ale franchiștilor. Schimburile de cuvinte și amenințările acestora din urmă nu făceau decît să prefăzeze violențele la care se vor deda în curînd, masacrele și grozăviile ce vor înspăimînta o lume întreagă anunțînd — cu cită oroare — crimele împotriva umanității ce vor fi comise sub flagelul zvasticii de trupele SS.

Înaintînd concomitent, cele patru coloane urmau să zdrobească republica spaniolă. Dar, în planurile statului major al lui Franco, lovitura cea mai importantă urma să fie dată de așa-numita „Coloană a cincea”, aflată chiar în interiorul Madridului. Denumire care a intrat în istorie ca sinonimă trădărilor și conspirațiilor, a lașilor și tuturor celor ce din umbră amenință și acționează, a asasinilor ce se pregătesc să înfigă cuțitul în luptătorii care înfruntă eroic un inamic puternic și crud. „La 7 noiembrie, trîmbișează Mola, îmi voi bea cafeaua într-o cafenea la Puerta del Sol” — celebra piață a Madridului. A cincea coloană urma să-i deschidă poțile Capitalei, să-i demobilizeze pe apărători, să erodeze elanul acestora, să saboteze, să-i pregătească intrarea și să-l primească în urale...

Femei și bătrîni sapă însă tranșee, cară coșuri pline cu gloanțe, ridică baricade, improvizază adăposturi pentru copiii care vor trebui protejați de tirul artileriei, de perdelele de bombe ce urmează a se abate asupra unui oraș ce a și început să arate ca un oraș de front.

Infirmeriile vopesc pe acoperișurile spitalelor semnul protector al Crucii Roșii pentru a-i feri pe bolnavi și pe răniți de noi suferințe.

Fiecare zi începe și se sfîrșește prin lucrul la fortificații care nu sînt doar în afara Capitalei, ci și la periferii. La începutul lunii noiembrie atacurile devin furibunde. Cu toată împotrivirea, trupele generalului Mola pătrund în citeva cartiere



ale Capitalei: Caranbachel, Osera și altele sînt amenințate de a fi preluate definitiv. Soldații se strecoară pe lîngă ziduri sperînd că în citeva ore totul se va termina. Înaintarea lor este însă oprită de unitățile eroicului regiment muncitoresc: „Quinto regimiento”, care contraatacă și îi respinge pe naționaliști pînă dincolo de barierele orașului. Lozinca Madridului este „No pasaran” — „Nu vor trece”!

Trec zile după zile și singura certitudine este că numărul răniților crește înspăimîntător, pe măsură ce scad stocurile de medicamente, de pansamente, iar paturile în spitale devin neîndestulătoare. Cei care mai sînt în stare să se țină în picioare, părăsesc de aceea spitalele și se reîntorc să lupte. Madridul rezistă, dar încordarea îi vîlăgăiește puterile. Iată mărturia unui participant: Dolores Ibaruri, în volumul „Singura cale”: „Orele trec și încordarea devine insuportabilă. Cu pumnii înclistați, cu urechea atentă și privirea așintită, Madridul așteaptă în toate locurile unde inamicul pîndește, unde inamicul se furișează, unde inamicul încearcă să găsească o spîrtură, un punct slab pentru a năvăli prin el, pentru a-și arunca trupele la asalt... Așteaptă... și în această liniște amenințătoare, plină de pericole și surprize sîngeroase, începe să se audă un zgomot cadențat, ritmic, zgudulator, de pietriș strivit sub picioare, care crește, care se apropie... Se aude acum lămurit bocănitul bocancilor șintuți, pe pavajul străzilor. E un moment de stupeoare, de nehotărîre.

Cine sînt cei ce se apropie, cine sînt oamenii care pășesc în acest 7 noiembrie 1936 pe străzile Madridului nostru, tăcuți, drepti, gravi, cu pușca la umăr și baioneta la armă făcînd să duduie pămîntul sub picioarele lor?

Prin ferestrele întredeschise, priviri febrile urmăresc pasul celor ce înaintează în timp ce mîinile

se încheiează pe arme, pe grenadele gata să fie aruncate. Femeile spun deznădăjduite bărbatilor: „Au intrat! Ce mai așteptăm?”...

Se aude un ordin, o comandă într-o limbă străină, care despică aerul străzii ca un plesnet de bici, și deodată, primele acorduri ale unui imn atît de cunoscut și de drag încovărășesc ritmicul marș al ostașilor necunoscuți. Văzduhul se umple de sunete și cuvinte vibrante, solemne, care îi impresionează puternic pe cetățenii Madridului...

Oamenii care defilează pe străzile Madridului asediat cîntă „Internaționala” în limba franceză, italiană, germană, maghiară, română...”

AJUTOR PENTRU SPANIA

Spania de acum 50 de ani. O Spanie fără trasee turistice, fără „fiesta brava”. O țară a luptei cu dinamita împotriva tancurilor, a morșii sub un soare imens, necruțător. Spre ea se îndreptau, în acel septembrie 1936, mii de voluntari care își aduceau viața în ajutor pentru republica spaniolă.

Unii dintre ei veneau din România ca un sprijin direct pe care Partidul Comunist Român, aflat pe atunci în ilegalitate, îl trimitea poporului spaniol amenințat de fascism.

„Scînteia”, organul central al partidului, îi îndemna, îi mobiliza: „Datorăm Spaniei ajutorul nostru activ. Să ne grupăm fără deosebire de partid să i-l dăm. La toate adunările sindicale și democratice, la toate manifestațiile noastre să nu ne uităm frații ce singurează...” Dar ajutorul nu era doar în voluntari. Pretutindeni în țară muncitorii strîngeau fonduri pentru femeile și copiii rămași fără adăposturi. „Strîngeți pretutindeni bani, bani și iar bani — scria „Scînteia” din 1 septembrie 1936 — pentru a cumpăra măcar o porție din alimentele, îmbrăcămintea și medicamentele de care are nevoie, în miezul iernii, un popor zilnic măcelărit de bombe și sute de mii de refugiați, de invalizi, orfani, văduve din regiunile devastate de fasciști și izolate de blocada așa-zisei neintervenții”.

Politicieni obtuți, adăpostiți în spatele așa-numitului „Comitet de neintervenție” de la Londra, rămîneau pasivi la cererile de ajutor ale republicanilor spanioli. Dar, oamenii simpli, și în primul rînd muncitorii, gîndeau altfel. La chemarea Partidului Comunist Român, în țară se formează comitete pentru ajutorarea Spaniei republicane. Se strîng haine, medicamente. Informările agenților de poliție atestă că multe din balurile și manifestațiile sportive muncitorești ascund, de fapt, acțiuni în vederea sprijinirii refugiaților spanioli alături de altele, cum era cedarea salariului pe o zi.

În nota informativă cu nr. 327/1937 a Inspectoratului general al jandarmeriei se spune: „Sîntem informați că în Atelierele C.F.R. Grivița, din sumele colectate de la lucrători o parte se întrebuințează pentru ajutorarea lucrătorilor suspendați sau licențiați din serviciu iar o parte se trimite, prin intermediul Comitetului Central Comunist, în Spania, pentru ajutorarea voluntarilor din armata roșie a guvernaentalilor. De asemenea, mai sîntem informați că și celelalte ateliere din țară, prin delegații, le predau Sindicatului central muncitoresc al muncitorilor C.F.R. Grivița, care, apoi, le dă aceeași destinație spre Spania. Orga-

nele noastre au luat întinse măsuri de supraveghere a persoanelor suspecte pentru aceste operații”. ...Detectivii mai semnalează: „În 1936, la Arad, au fost arestate 11 persoane care colectau bani pentru Spania, iar în București au fost strînși, aproape 300 000 lei; la Tg. Mureș muncitorii au donat salariul pe o zi iar „Ajutorul Roșu” a editat și pus în vînzare, cu ocazia zilei de 8 martie 1937, cărți poștale reprezentînd femeia în războiul din Spania” ...Un inventar complet al tuturor acestor fonduri strînse pentru poporul spaniol în condițiile ilegalității nu va fi, probabil, niciodată complet.

Dar și aceste date sînt în măsură să demonstreze că omenia tradițională a poporului român s-a făcut simțită chiar în împrejurările potrivnice ale anilor 1936—1937, printr-o contribuție care nu putea fi trecută cu vederea. Astfel, publicația elvețiană „Rundschau”, care apărea la Basel, releva în articolul „Solidaritatea poporului român cu Spania republicană”: „Poporul român a înțeles repede că în Spania lupta se duce totodată și pentru viitorul, libertatea, pacea și drepturile sale. De aceea nu se dă în lături de la nici un sacrificiu pentru a dovedi în mod concret solidaritatea sa cu luptătorii pentru libertatea Spaniei”.

GUERNICA

Pe harta Spaniei, Guernica — orașul sacru al bascilor — este greu de găsit. Un oraș de o mică importanță strategică. Aflat în apropierea graniței cu Franța, nu era nici în 1937 un oraș capabil să trezească interesul unor armate în conflict. Cu atît mai mult cu cît frontul se concentrase spre inima Spaniei, unde se înălța mîndră zona Madridului, asaltată mereu, aproape încercuită, menținînd încă o legătură mai mult simbolică cu cealaltă fortăreață republicană — Barcelona, aflată în nord-estul țării.

Guernica era un oraș fără obiective militare, despre care pînă atunci nu auzise nimeni. Și, deodată, numele său a izbucnit în auzul întregii omeniri, îndurerînd, înspăimîntînd, provocînd stupeoare. Au fost de ajuns cîteva minute. Apocalipsul a sosit în ziua de 26 aprilie 1937 sub forma unor mari avioane de bombardament care s-au apropiat în plină zi. Neatacați de nimeni, piloții și-au așezat aparatele într-o formație care avea să devină „celebră” ca un șir nesfîrșit de pioni pe tabla de șah a cerului și, în valuri dese, au început să se napustească asupra unui oraș care nu știa că acesta îi este sfîrșitul. Oamenii n-au mai apucat să înțeleagă ce se întîmplă, de ce s-a hotărît moartea lor și cine a înfăptuit-o. Istoricii militari au consensat însă cu promptitudine că fusese vorba de o simplă operație de intimidare efectuată de marea unitate de aviație hitleristă „Condor”.

Strigătul de protest și orărea în fața crimei sînt de-a pururi ilustrate de una dintre operele cele mai reprezentative ale lui Pablo Picasso, prezentată în 1937, la Expoziția Internațională de la Paris. Tabloul, de o dimensiune neobișnuită — opt metri lungime! — este realizat din fragmente plasate într-un fond sîngeru așa cum trebuie să fi fost înșingerața Guernică după bombardamentul barbar al aviației germane. În partea centrală, un matador învins de un taur stupid și trufaș, care



pare că nu înțelege nimic din tragedia dezlănțuită. Sabia ruptă este încă strinsă în pumn. Alături de el zace o femeie tină, cu brațele întinse, și un cal din care n-a rămas decât capul și gîtul. Un bărbat și o femeie, adevărate ilustrații ale durerii, înalță spre cer blesteme la adresa destinului crud. De undeva, de la o fereastră plasată în centrul compoziției, un cap de femeie — simbol al compasiunii întregii Spanii. Aceasta este „Guernica” lui Picasso, pictorul războiului civil, care, asemenea lui Goya în războiul franco-spaniol, nu a pictat o pinză, ci a exprimat cu adîncă sinceritate durerea unui popor în fața brutalității și groaza față de crimă.

UN APEL INTERNAȚIONAL ÎN FAVOAREA VICTIMELOR NEVINOVATE

Glasure lucide cereau să înceteze imediat masa-crul poporului spaniol, să se ia măsuri urgente pentru ca asemenea crime să nu se mai poată repeta, pentru ca intervenția comunității internaționale să asigure protecție victimelor nevinovate.

....„Victime nevinovate”. Aceste cuvinte nu erau conținute de Convențiile semnate la Geneva pentru că acestea se refereau doar la „soarta militarilor răniți în conflictele armate”. Umanitatea fusese surprinsă nepregătită în fața unui război civil, situație pentru care nu erau stabilite reguli de procedură și norme de drept internațional. Deși suferința unui om neapărat, zdrobit de bombe, a fost, este și va fi aceeași, indiferent de natura războiului, de definirea sa în termenii dreptului internațional.

Protecția populației civile împotriva bombardamentelor se impunea din ce în ce mai presant, în condițiile extinderii conflictului, ca un punct principal pe agenda C.I.C.R. Dar o asemenea preocupare nu intra în competențele sale tradiționale și o acțiune fără o bază juridică risca să compromită întreaga operațiune din Spania. De aceea, ea a fost înscrisă ca un punct distinct pe ordinea de zi a celei de a XVI-a Conferințe Internaționale a Crucii

Roșii, care a avut loc la Londra între 20 și 25 iunie 1938. Participanții, emoționați de soarta victimelor bombardamentelor din Spania, au votat următorul „Apel în favoarea protecției populației civile împotriva bombardamentelor aeriene”: „Cele 54 de Societăți naționale de Cruce Roșie... așteptînd rezultatele eforturilor lor pentru a se întreprinde măsuri generale în scopul protejării populației civile, se adresează, în numele umanității, autorităților competente din toate țările în scopul de a împiedica sau restrînge bombardamentele aeriene pentru a salva viața femeilor, copiilor și bătrînilor fără apărare. Societățile adresează un apel urgent acestor autorități pentru ca în toate locurile unde viața civililor poate fi pusă în pericol de operațiunile militare să ia măsuri de evacuare a femeilor și copiilor în zone sigure, sub protecția Crucii Roșii”.

Apelul celor 54 de Societăți naționale de Cruce Roșie a avut ca urmare faptul că Adunarea Societății Națiunilor a adoptat solemn o rezoluție care condamna bombardarea intenționată a populației civile și reamintea precauțiile ce trebuie luate, printre care crearea de „localități și zone sanitare de securitate pentru a o proteja în cazul bombardării obiectivelor militare”. Dar în același iulie 1938, Crucea Roșie republicană adresa un protest împotriva bombardării portului Alicante, unde nu se afla nici un obiectiv militar.

Un apel, chiar internațional, era, desigur, puțin față de grozăvia de la Guernica, prea puțin pentru a curma o practică ce abia își definea metodele de lucru și care va culmina cu Lidice și Oradour, cu Varșovia, cu Hiroșima și Nagasachi... Guernica nu era decât începutul dezlănțuirii unei bestialități pe care o omenire amorțită și indiferentă urma să o simtă, dureros, în curînd.

UN PROIECT RATAT

În toamna anului 1937 fronturile se strîngeau ca o centură în jurul Madridului. Fiecare om știa că vor urma zile grele. Cu mult mai grele decât tot ceea ce fusese pînă atunci. Cu un an înainte, atunci cînd începuse războiul, Franco afirmase că nu va bombarda Madridul. Dar realitatea fusese alta. Ce va urma acum cînd asigurările erau numai pentru cel mai elegant cartier al capitalei — Salamanca? Ce vor face copii, femeile, bătrînii?

Cît timp mai exista o posibilitate de evacuare, C.I.C.R.-ul încearcă să scoată din zonă cît mai multe victime potențiale. Un an mai tîrziu, în raportul său la cea de a XVI-a Conferință mondială a Crucii Roșii (Londra, 20—25 iunie 1938) se relatează încercarea de evacuare a femeilor, copiilor și bătrînilor care au dorit să părăsească Madridul cu concursul marinei engleze și franceze, precum și al guvernului elvețian. Era prevăzută, deci, ca o acțiune de mare amploare. Pentru a o pune la punct era necesară mai întîi popularizarea intenției C.I.C.R. Apoi, strîngerea cererilor individuale ale celor ce doreau să părăsească orașul sub protecția Crucii Roșii. În al treilea rînd, trebuia asigurată logistica. Spre surprinderea tuturor, în ciuda eforturilor, acțiunea nu a avut anvergura prevăzută. Pe de o parte, cererile au fost destul de pu-

ține: oamenii nu doreau să-și părăsească orașul. Pe de altă, veneau să se adauge dificultăți de ordin tehnic: mașini avariate, cauciucuri uzate, lipsa benzinei și chiar a șoferilor... A fost, deci, organizat doar un transport pentru 2 500 de persoane care au fost transportate la Valencia...

Madridul a rămas pe poziții.

Un voluntar român în Spania, fost comandant al unei baterii, Valter Roman, îl descrie astfel în volumul „Sub cerul Spaniei”: „Venisem într-o zi să-l văd pe voluntarii noștri răniți, când doctorul (Oscar) Gorlan îmi spune să-l anunț dacă mai am o permisie, căci am putea merge împreună la El Prado... În ziua respectivă, însoții de Miguel, amicul lui Gorlan, am pornit spre Muzeu. Madridul purta în centru, ca și la periferii, urmele tragice ale războiului. Case cu fațada tălătată lăsa să se vadă rămășițele cite unui interior, amintind sfișietor că aici, odinioară, au trăit oameni, s-au jucat copii. Marile bulevarde ale Madridului deveniseră câmpul preferat de tragere al fasciștilor. Gran Via fusese distrusă în asemenea hal încît populația îi spunea acum L'Avenida de Los Obuses. Peste tot baricade și tranșee, saci de nisip ocrotind monumente, grupuri de oameni care înlăturau dărîmături scoțînd de sub ele cadavre sfîrtecate. Parcă ororile războiului apăreau aici mai pregnant decît în tranșee unde aveai inamicul în față și puteai riposta la lovituri. Dar madridenii reacționau cu stăpînire și demnitate. Pancartele cu îndemnul „Eva-cuați Madridul” n-au avut ca urmare un exod precipitat. Majoritatea populației a preferat să rămînă pe loc, încredințată că dușmanul va fi oprit...”

RĂNIȚI PRINTRE RUINE ȘI INCENDII

Pe fronturile Spaniei răniții se numără cu mii. Spitalele — arse, lovite de bombe, devastate, mutate în pivniți — se dovedesc insuficiente. Personalul sanitar este și el insuficient. Ca și medicamentele și instrumentarul. În plus, sînt crunt bombardate și mitraliate. De aceea, în 1938, la sfîrșitul lunii mai, Spitalul Crucii Roșii din Barcelona solicită C.I.C.R. să ceară aviației naționaliste să respecte semnul Crucii Roșii în scopul protejării răniților pe care îi adăpotea și a personalului sanitar. C.I.C.R. face demersurile necesare. Situația nu se schimbă însă.

Care era în aceste condiții soarta răniților?

O mărturie aduce André Malraux, comandant al aviației republicane în bătălia de la Medellin, care în 1938 fusese rănit în luptă: „Țipetele sacadate ale unei femei sau ale unui bărbat (la limita extremă a durerii timbrul vocii nu mai poate fi deosebit) străbăteau salonul Spitalului San Carlos și se pierdeau acolo.

Salonul era foarte înalt, luminat de sus prin niște ferăstrui, acoperite aproape în întregime de plante cu frunze late, prin care pătrundea lumina verii în toli. Lumina-aceasta verzuie, zidurile imense și fără găuri, numai dacă nu ridicai capul, și aceste personaje în pijama ale căror trupuri noduroase lunecau pe cîrji în liniștea neliniștită a spitalului, mutrele acestora îmbrăcate în pansamente ca într-un costum de carnaval, totul părea o împărăție veșnică a rănilor, statornicită acolo în afara timpului și a lumii.

Acest acvariu comunica cu camera celor grav răniți, de unde se auzeau strigăte: un tavan de înălțime normală, opt paturi, și ferestre adevărate. Pinze mari de muselină contra țințarilor și o infirmieră așezată lîngă ușă. Încăperea părea pus-tie în toli zile regăsite, o cameră de spital luminoasă, foarte deosebită de pivnița, ca de închizi-ție, unde lunecau fantome pansate; dar zgomotele își asumau misiunea să exprime viața ei adevărată.

Dintr-unul din paturile din mijloc porneau fără încetare acele gemete în care durerea devine mai puternică decît orice expresie omenească, în care glasul nu mai e decît schelălăit universal al suferinței, același la oameni ca și la animale; schelălăeli aidoma ritmului respirației, pe care cel ce le aduce simte că se vor opri odată cu răsufierea. Și cînd într-adevăr se opriă, fură înlocuite de scriș-netul dinților, atroce și resemnat ca al femeilor la naștere...

Nu sînt destule infirmieri. Nu sînt destule medicamente. Nu sînt destule spitale. Iar cele care sînt, sînt distruse, vîinate de aviație.

La Madrid, printre primele spitale incendiate și transformate în ruine se numără Spitalul Crucii Roșii. Protestele adresate în numele Convențiilor internaționale, care ar trebui să asigure imunitatea instituțiilor sanitare și ale Crucii Roșii, se dovedesc inutile. În numele aceluiași Convenții, delegații ale Puterilor Neutre vin pe teren să constate încălcările Convențiilor internaționale — sistem introdus în Dreptul Internațional Umanitar prin Convenția de la Geneva din 27 iulie 1929. Dar, cum nu există mijloace de constrîngere pentru respectarea acestora, bombardamentele continuă.

Urmarea? În septembrie 1938, Crucea Roșie republicană trimite un raport către șeful Statului Major al Armatei Centru. Scopul său — cunoașterea situației după bombardamentele artileriei și aviației naționaliste asupra Madridului la 20 iulie, 24 iulie și 16 august 1938. Un fapt este revelator pentru modul inuman în care se purta războiul civil: în bombardamentul de la 16 august 1938 a fost distrus complet un imobil din centrul capitalei spaniole, unde era instalat un spital „cauzînd numeroși morți și răniți în rîndul bolnavilor și al personalului sanitar”.

Cu această ocazie fusese înfăptuită o nouă încălcare a Convențiilor de la Geneva, nerespectîndu-se semnul Crucii Roșii și persoanele protejate de ea.

O nouă încercare de intervenție a C.I.C.R. are loc în octombrie 1938 cînd Ministerul Apărării Naționale îl solicită să facă demersurile necesare în vederea obținerii unui vapor pentru transportarea la Marsilia a 350 de oameni grav răniți. Aceștia sînt americani, englezi, belgieni, francezi, olandezi, scandinavi, elvețieni, cehi din brigăzile internaționale, spitalizați în zona Valencia-Madrid. De la Marsilia răniții urmau să fie trimiși în țările respective. C.I.C.R. era solicitat să procure autorizația de tranzit necesară, să organizeze un convoi pentru a trece prin zona adversă și să furnizeze personalul sanitar însoțitor. El era, de asemenea, rugat să controleze starea sănătății răniților înainte de plecare, prin intermediul unui delegat-medic, care să asiste la îmbarcare. Cererea aceasta urma să asigure integritatea și viața răniților, care, în astfel de împrejurări, ar fi putut constitui pînă

atacurilor trupelor franchiste.

Raportul complementar al CICR, prezentat la cea de a XVII-a Conferință mondială a Crucii Roșii (Stockholm, 20—30 august 1948) asupra activității desfășurate în Spania în perioada 1 iunie 1938—31 august 1939, atestă că s-au întreprins de îndată demersurile necesare pentru trecerea prin zona frontului. Totodată, s-au luat măsuri pentru alcătuirea convoiului de răniți și s-a asigurat chiar și vaporul necesar transportării răniților. Dar, la începutul lunii decembrie 1938, operațiunea a fost sistată ca urmare a primirii unui răspuns negativ din partea autorităților franchiste...

Printre ruinele unei Spanii distruse și incendiate ce mai însemnau 350 de răniți?

ALIMENTE PENTRU MADRID

21 septembrie 1938. La Liga Națiunilor, Juan Negrin, președintele Consiliului de Miniștri al Republicii Spaniole, se declară de acord cu planul de rechemare a voluntarilor din Spania propus de Comitetul de neintervenție de la Londra. Potrivit acestui plan, de pe fronturile Spaniei urmau să fie retrași toți combatanții nespanioli: atât din rîndurile armatei republicane, cît și din armata franchistă. În octombrie, cei circa 12 000 de voluntari ai brigăzilor internaționale se retrag în speranța că vor fi retrași și cei 130 000—140 000 de combatanți germani și italieni care atacau republica. Dar Hitler și Mussolini ordonă soldaților lor să continue atacul.

Situația locuitorilor Madridului asediat devine astfel și mai grea. În orașul bombardat și asediat, cu străzi acoperite de dărîmături, cu clădiri transformate în ruine, cu spitale incendiate, oamenii își găsesc adăpostul printre ruine sau în stațiile de metrou.

Foamea începe și ea să se facă simțită mai ales în cartierele muncitorești de unde bărbații sînt plecați de multă vreme să lupte pentru republică, în casele îndoliate, peste tot acolo unde oamenii — bătrîni, femeile și copii — au ajuns la capătul puterilor după o eroică rezistență.

Solidaritatea nu se dezmințe nici în aceste momente de grea cumpănă: oamenii se ajută între ei, se îmbărbătează. Dar lipsurile sînt din ce în ce mai mari. Pentru ei, acțiunea principală de ajutor constă în distribuirea de alimente prin intermediul delegaților Crucii Roșii, la Madrid ca și la Barcelona. Stocurile erau însă insuficiente așa încît pentru a primi ajutoarele oamenii trebuiau să se înscrie pe liste...

Alimentele sosesc la Madrid pe mare sau pe uscat. Sînt mult așteptate dar întotdeauna neîndesulătoare. În iunie 1938, spre exemplu, Madridul a primit un transport de 7 tone, adus de un vapor englez de la Marsilia la Gandia; la începutul lunii august un nou transport cu 7 tone de alimente și material sanitar iar la 18 august încă unul cu 8 tone și jumătate de alimente. În septembrie, Barcelona primea, la rîndul ei, 6 tone de alimente, via Cerbere.

Ce însemnau 22,5 tone de alimente pentru un oraș de dimensiunile Madridului în care trăiau zeci de mii de copii ai căror părinți munceau sau luptau cu arma în mînă la barierele orașului? De-

sigur, puțin, foarte puțin. Totuși, începînd din luna septembrie, situația devine și mai precară. Eforturile de a organiza convoaie de transporturi de alimente încep să se izbească de dificultăți insurmontabile. Relativ mai ușor se putea organiza trimiterea de lădițe cu medicamente. Foarte ușoare, aceste lădițe erau trimise „Par avion” la Barcelona și Madrid și livrate într-un timp minim. În compensație, CICR acordă medicamente și pentru spitalele din zona ocupată de naționaliști. În aceeași perioadă Crucea Roșie pune în studiu un proiect de distribuire a pachetelor standard, confecționate la sediile din Barcelona și Madrid. Se avea în vedere două tipuri de colete în valoare de 5 și de 10 franci elvețieni. O persoană urma să primească un asemenea pachet o dată pe lună iar o familie — două pachete.

La începutul lui octombrie 1938 proiectul era operațional iar în noiembrie și decembrie la Madrid erau trimise 58,5 tone de alimente și 3 tone de lapte condensat. Pentru a finanța acest program de absolută necesitate CICR și Liga Societăților de Cruce Roșie au adresat în ianuarie 1939 un „Apel de ajutor internațional” în urma căruia au fost strînși 183 000 de franci elvețieni. La jumătatea lunii martie 1939, 50 la sută din această sumă fusesse cheltuită pentru trimiterea de alimente — care fuseseră distribuite sub formă de pachete standad — și de haine.

În același timp, „Comitetul Internațional de coordonare și informare pentru ajutorarea Spaniei republicane” a deschis o „Subscripție internațională” în sprijinul populației civile iar un comitet norvegian, creat la sfîrșitul anului 1938, aduna fonduri pentru a distribui ajutoare populației civile și în special copiilor, prin intermediul instituțiilor guvernului republican.

La 15 martie 1939 Crucea Roșie din Madrid mai dispunea încă de un stoc de 3 000 pachete de alimente iar la Geneva erau pregătite pentru a fi trimise încă 2 000 de pachete...

ULTIMA INTERVENȚIE A CRUCII ROȘII

În pofida lipsurilor și a presiunii din ce în ce mai puternice a trupelor maure, italiene și germane, Madridul rămîne totuși neclintit pînă la 6 martie 1939, cînd are loc o lovitură contrarevoluționară și colonelul Segismondo Casado crează o juntă națională care capitulează fără condiții.

Sosise vremea pentru ultima intervenție. Ea era în favoarea președintelui Crucii Roșii republicane, dr. Romeo, rămas la post pînă la căderea Madridului. La intervenția CICR, acesta a primit autorizația să părăsească Spania. Un vapor sub pavilion britanic l-a transportat imediat la Marsilia.

Spania dovedise, astfel, că Dreptul Internațional Umanitar era operant, deși avea încă multe lacune. Se simțea nevoia iminentă a unei Conferințe internaționale, care să completeze cu noi prevederi Convențiile de la Geneva. Dar timpul era necruțător. Abia întoarse din Spania, tancurile Wehrmachtului își umpluseră rezervoarele și se îndreptau spre Polonia.

Cristian IONESCU

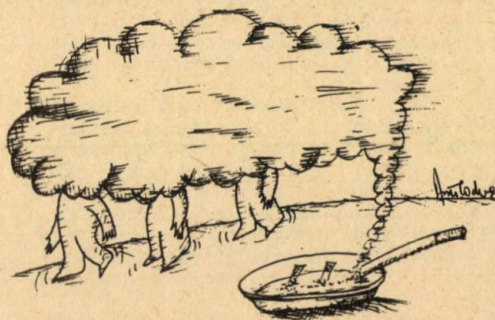
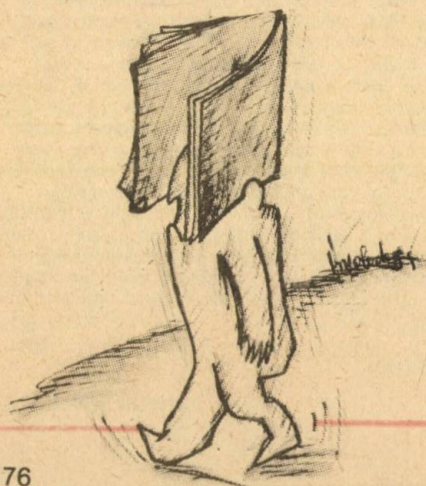
PROGRESE ÎN BENEFICIUL SĂNĂTĂȚII

În 1985 unui grup de medici și ingineri din Moscova, Kiev și Varșovia i s-a decernat Premiul de Stat al U.R.S.S. pentru că a pus la punct și aplicat în practica medicală procedee care permit distrugerea tumorilor maligne cu ajutorul temperaturilor de la -180°C la -190°C . Durata expunerii zonei tumorii este de 2 la 10 minute iar reîncălzirea ei se poate face atât grație căldurii emise de țesuturile sănătoase, cât și cu ajutorul unor aparate speciale. În urma acțiunii frigului, în zilele următoare se formează o zonă de țesut mortificat, care, ulterior, se resoarbe și se elimină. Întrucât frigul exercită un efect anesteziant nu este necesară o pregătire specială a zonei în care se aplică acesta. Utilizarea frigului nu provoacă, de regulă, hemoragii. Grație modului de funcționare a unui racord cu care este dotat generatorul de frig se poate acționa asupra unei tumori situate în zone greu accesibile ale diferitelor organe (de exemplu, laringele), evitându-se în acest caz operații laborioase și dureroase. Tratamentul prin frig s-a dovedit eficient îndeosebi în cancerul buzelor și a pleoapelor, el permițând distrugerea completă a tumorii fără a leza ochii. Cercetările au dovedit că procesul de reconstituire a țesuturilor tratate se produce cu mult mai repede decât după clasicele intervenții chirurgicale. Noul procedeu de utilizare a frigului este aplicat în clinici din U.R.S.S. și Polonia, pacienții suferind cu mult mai puțin din punct de vedere psihic. În prezent se fac încercări de utilizarea crioterapiei și în cazul tumorilor țesutului osos, ale ficatului, pancreasului și ale altor organe.

Rămânând în domeniul chirurgiei, să consemnăm crearea unui gel perfect transparent, care poate fi aplicat umed pe plagă, în diferite grosimi, îmbibat în prealabil în substanțe antibactericide, s-a dovedit a fi un foarte util pansament. El nu se lipește de plagă, poate fi schimbat fără să producă dureri și fără să detașeze odată cu el porțiuni din epidermă sau să producă hemoragii. În același timp absoarbe secrețiile produse de plagă și permite un ușor control vizual al procesului de vindecare. Realizatorii - specialiști de la Institutul de imunobiologie din Freiburg (R.F.G.), apreciază că acest gel va înlocui clasicele pansamente. De asemenea, faptul că plăgile postoperatorii și cele provocate de arsuri se pot vindeca mai repede dacă se prind cu „lanțuri magnetice” decât prin clasicele cusături cu catgut constituie un progres. Metoda, aparținând chirurgului münchenez Wilhelm Mühlbauer, contribuie la reducerea procesului de cicatrizare cu aproape 25 la sută comparativ cu metodele existente. Plăgile se închid aproape fără cicatrice, pielea se regenerează repede și este elastică.

În sfârșit, operația realizată de dr. A. Sankean, specialist în microchirurgie ortopedică din R.S.S. Armeană reprezintă un progres. Ea a constat în greșa unui deget mare de la picior în locul celui de la mîna dreaptă, pe care pacientul, un tînăr din orașul Leninakan, îl pierduse într-un accident de muncă. Absența degetului mare și lezarea nervului median îi provocase pierderea totală a funcției motrice a mîinii. Dificultatea operației a constituit-o joncțiunea degetului grefat cu artera radială, cu venele mîinii și cu nervii. Deși efectuată la un an de la accident, operația a reușit iar după 6 luni de exerciții de gimnastică funcțiile mîinii și ale degetelor au fost complet restabilite.

N. TURTURESCU





CUNOAȘTEȚI PRINCIPALELE STAȚIUNI BALNEARE!



Este o invitație ce vi se adresează de către **OFICIILE JUDEȚENE DE TURISM** și întreprinderea de turism, hoteluri și restaurante București, care vă recomandă efectuarea curei balneare în această perioadă și vă pun la dispoziție locuri în următoarele stațiuni:

Pentru boli reumatismale: Amara, Băile Felix, Băile Govora, Băile Herculane, Călimănești-Căciulata, Eforie Nord, Geoagiu-băi, Lacu Sărut, Mangalia, Pucioasa, Sovata, Vatra Dornei.

Pentru boli cardiovasculare: Balvanyos, Băile Tușnad, Borsec, Buziaș, Covasna, Vatra Dornei.

Pentru boli digestive și hepatobiliare: Băile Olănești, Borsec, Călimănești-Căciulata, Sîngeorz-băi, Slănic Moldova, Tinca.

Pentru boli ale rinichilor și căilor urinare: Băile Olănești, Călimănești-Căciulata, Slănic Moldova.

Pentru nevroză: Balvanyos, Băile Tușnad, Borsec, Borșa, Breaza, Bușteni, Moineasa, Stîna de Vale.

Pentru boli ginecologice: Bazna, Eforie Nord, Ocna Sibiului, Slănic Prahova, Sovata.

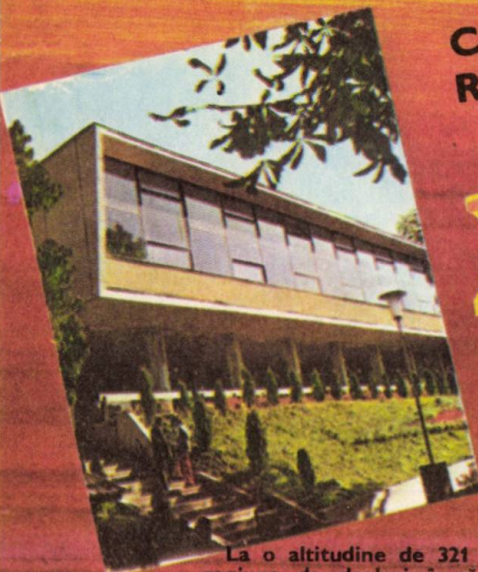
Pentru boli respiratorii: Băile Govora, Slănic Moldova.

Beneficiarilor locurilor în stațiuni li se acordă în această perioadă importante reduceri de tarife la cazare, masă și transport pe C.F.R.

FOLOȘIȚI ÎN TOATE ANOTIMPURILE ANULUI, EFECȚELE BINEFĂCĂTOARE ALE FACTORILOR NATURALI DE CURĂ, APELÎND LA SERVICIILE PE CARE VI LE OFERĂ OFICIILE JUDEȚENE DE TURISM ȘI I.T.H.R. BUCUREȘTI.

CURĂ, ODIHNĂ,
RELAXARE LA

Bazna



La o altitudine de 321 metri, într-o regiune de dealuri împădurite, între văile celor două Tirnave, stațiunea balneoclimaterică Bazna asigură, prin climatul său continental moderat, valori pozitive ale temperaturii și nebulozitate redusă vara, condiții favorabile efectuării curei balneare, odihnei și relaxării.

Datorită factorilor săi naturali de cură — apele minerale (clorurate-sodice, iodurate, bromurate, concentrate, atermale) și nămolului de origine mixtă, sedimentat în lacuri în care predomină substanțele minerale aduse la suprafață de gaze și apa izvoarelor, la care se adaugă elemente vegetale și microorganisme — Bazna este indicată

suferinșilor de boli ale aparatului locomotor sau cu sechele posttraumatice, celor cu afecțiuni neurologice periferice, ginecologice, O.R.L. și endocrine (insuficiență tiroidiană).

Cei veniți la cură au posibilitatea să efectueze o gamă largă de proceduri: băi calde cu apă minerală, în vane, bazine acoperite sau în aer liber; împachetări cu nămol și parafină; oncțiuni cu nămol; hidrotermoterapie; electroterapie; aerosoli și pulverizații cu apă minerală iodurată; cultură fizică medicală. Totodată au la dispoziție un ștrand (foto 1) și bazine în aer liber, unde pot face băi și helioterapie.

Gazdele de la Bazna oferă oaspeților cazare confortabilă — în case de odihnă aflate într-o frumoasă pădure de foioase și conifere, precum și în căsuțele de la popasul turistic. De asemenea, asigură masa la modernă pensiune (foto. 2) sau la restaurant.

Variate sînt și posibilitățile de agrement: un club cu bibliotecă, teren de volei, bazin de înot, spectacole de teatru și folclorice, seri distractive și vizionări de filme. Totodată, numeroase drumeții sînt inițiate la pădurea „Dealul Proștei” și la „craterul” cu apă minerală și bule de gaz metan, iar excursii la Sovata, Păltiniș, Cetatea de Baltă, Blaj, Cluj-Napoca, Tg. Mureș.

La Bazna se poate ajunge cu trenul (pînă la Mediaș și de aici cu autobuzul pînă în stațiune — 17 Km.) sau cu autoturismul, pe șoseaua internațională E 15 pînă la Sighișoara sau lernut și apoi pe DN 14 A Tirnăveni-Blăjel.

Informații suplimentare și procurare de bilete, cu recomandarea medicului curant, se pot obține de la Oficiul județean de turism Sibiu (Sibiu, str. N. Bălcescu 53, tel. 924/1.25.59 și 1.17.88).



OCNA SIBIULUI



Deși cel mai tânăr oraș al județului, Ocna Sibiului este, totuși, o veche stațiune balneară a Transilvaniei, acțiunea terapeutică a lacurilor sale fiind cunoscută din secolul al XVI-lea.

Climatul său plăcut, altitudinea medie (408 m), aerul bogat în aerosoli, temperaturile moderate din timpul anului și multiplele efecte terapeutice ale apei saline a celor 10 lacuri de aici, nămolului sapropelic fosil și apei clorurosodice, ușor bicarbonată, a izvorului „Horia” (întrebuințată în cură internă și în pulverizații) sînt factori care fac ca Ocna Sibiului să fie o stațiune balneoclimaterică pentru toate vîrstele.

Cura balneară la Ocna Sibiului este indicată: celor cu afecțiuni reumatice (îndeosebi cu artroze, spondiloză, spondilite anchilopoietice, nevralgii sciatică, discopatii lombare, reumatism abarticlar), cu boli ale sistemului nervos periferic, cu afecțiuni ginecologice (anexite cronice, sterilitate primară și secundară, insuficiență ovariană).

Baza de tratament de la Ocna Sibiului dispune de: bazine pentru băi și kinetoterapie, instalații de băi la vane, de hidroterapie și masaj, secție de parafină și împachetări cu nămol, cabine de aerosoli și electroterapie, sală de cultură fizică medicală. În ultimul timp, la gama procedurilor s-au adăugat pulverizațiile cu apa izvorului „Horia”.

Un complex balnear, cinci case de odihnă, un popas turistic asigură vizitatorilor cură și cazare confortabilă. Masa se servește la pensiune sau la restaurantul de categoria I-a. La dispoziția celor veniți la cură stau și un bufet, o berărie, o cofetărie.

Gazdele oferă după orele dedicate tratamentului o gamă variată de acțiuni cultural-distractive (organizate la club, bibliotecă și în sala de spectacole). De asemenea, organizează scurte drumeții în împrejurimile stațiunii (la urmele unei fortificații antice și ale unei fortificații din secolul al XIII-lea, la „Lacul fără fund” — monument al naturii format dintr-o mină de sare închisă în 1775 — și lacul „Brincoveanu”, la pădurea „Viaduct” și la „Fîntîna tilharilor”), precum și excursii la Sibiu, Păltiniș, Alba Iulia, pe Valea Oltului și Transfăgărășan, la Cluj-Napoca, Deva, Geoagiu-Băi etc.

Informații și procurări de bilete la Întreprinderea balneară Ocna Sibiului, str. Băilor nr. 22, cod 2459 sau la O.J.T. Sibiu (str. N. Bălcescu nr. 53 tel. 924/1.25.59 și 1.17.88).

OFICIUL JUDEȚEAN DE TURISM
MUREȘ VĂ RECOMANDĂ
O CURĂ BALNEARĂ LA

SOVATA

Stațiunea balneoclimaterică Sovata oferă condiții de odihnă și tratament în toate anotimpurile anului avînd un complex sanatorial cu 1 000 de locuri și cu bază proprie de tratament. De asemenea, ea dispune de o bioclimă cu efecte sedative asupra organismului și de factori naturali de mare valoare terapeutică: apa clorurosodică și nămolul sapropelic.

Sursa apei clorurosodice de mare concentrație o reprezintă bazinul celui mai mare lac helioterm al Europei, cunoscutul lac „Ursu”.

Nămolul sapropelic, pus în evidență în ultimii ani de cercetările științifice efectuate la lacurile „Ursu” și „Aluniș”, constituie un nou factor terapeutic ce se aplică din acest an.

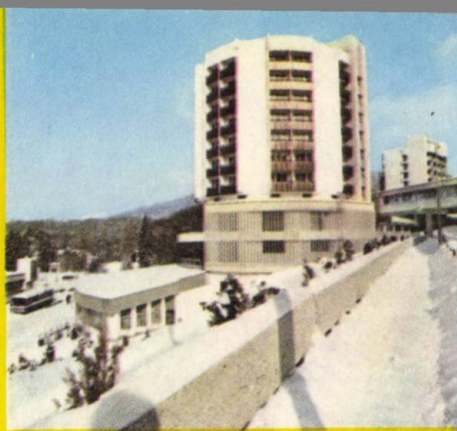
Procedurile cu factori naturali sînt completate printr-o gamă foarte largă de proceduri asociate (masaj, electroterapie, hidroterapie și cultură fizică medicală).

Complexele terapeutice se recomandă în afecțiunile aparatului genital feminin (stări cronice inflamatorii cervico-vaginale și utero-anexiale, stări algice postoperatorii, diferite forme de sterilitate feminină). Stadiul în care se recomandă cura balneară în aceste afecțiuni este stabilit, în funcție de evoluția bolii de către medicul ginecolog. De asemenea, sînt influențate favorabil și stările dishormonale (perturbări ale ciclului menstrual), ovariene și tiroidiene hipofuncționale. Rezultate bune se pot obține în stările de premenopauză cu multiple tulburări neurovegetative și algii musculare.

În reumatismul cronic degenerativ (spondiloze ale coloanei vertebrale), cu nevralgii cervico-brahiale și sciatalgice, se obțin rezultate favorabile prin programe de kinetoterapie în apă sărată și împachetări cu nămol iar în artrozele articulațiilor periferice se obțin ameliorări ale componentei dureroase. Cele mai bune rezultate se obțin în reumatismele abarticulare (periartrite, tendinite).

Prin climatoterapie și proceduri sedative (băi de plante, băi cu bule, programe de gimnastică de relaxare și cură de teren) se influențează favorabil și nevrozele, iar prin cure profilactice (de relaxare), recomandate la Sovata în stări de oboseală și în disfuncțiile minore ale aparatului locomotor, se pot obține rezultate bune.

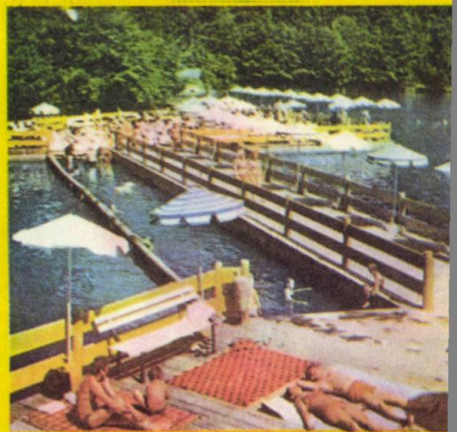
Respectarea indicațiilor medicale în pregătirea organismului pentru cura în stațiunea Sovata asigură o eficiență maximă tuturor tratamentelor.



Hotelul „Brădet”

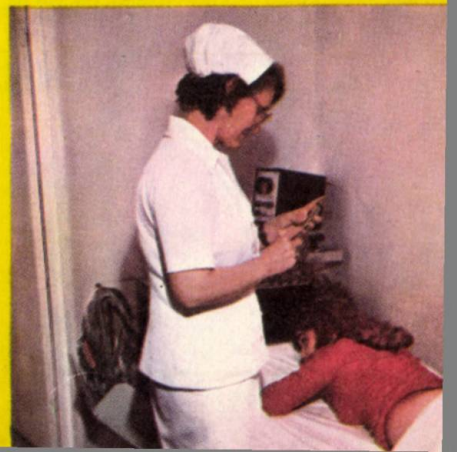


Hotelul „Sovata”



Plajă pe malul lacului „Ursu”

Tratament geriatric



PETRECEȚI VACANȚE DE NEUITAT LA

DURĂU-CEAHLĂU

Situată pe versantul de nord-vest al masivului Ceahlău, într-un cadru natural de mare pitoresc, la altitudinea de aproximativ 800 m, stațiunea climaterică Durău oferă posibilitatea petrecerii unei vacanțe reconfortante.

Cei veniți aici pot face și o cură cu băi de plante, masaje, gimnastică medicală, iar în curând, în cadrul unei baze speciale de tratament, vor beneficia de noi proceduri cu produse originale românești, realizate din plante medicinale existente în flora județului Neamț de Laboratorul „Plantavorel” din Piatra Neamț. De asemenea, sub strict control medical, se va introduce cura de slăbire cu Normoponderal (produs „Plantavorel”), împreună cu kinetoterapie, masaj, saună și un regim alimentar adecvat.

Loc de plecare în drumeții pe Muntele Ceahlău, pe numeroase și încântătoare trasee, cum sînt „Drumul lui Baciul”, „Poteca Duruitoarei”, „Drumul lui Iosav”, către Grinteș sau către cabanele „Izvorul Muntelui”, „Dochia” și „Bicaz-Baraj”, stațiunea climaterică Durău oferă posibilitatea efectuării a numeroase și interesante excursii. Dintre obiectivele acestor excursii menționăm: „Monumentul de arhitectură Durău”, (construit între anii 1830 și 1835, cu remarcabile picturi interioare realizate de Nicolae Tonitza în perioada anilor 1935—1937 și cu elemente peisagistice inspirate din mediul ambiant local), ruinele Palatului Cnejilor — curte boierească din secolul al XVIII-lea, și Muzeul etnografic al comunei Ceahlău. În această comună este un debarcader de unde se pot face plimbări de agrement pe lacul „Izvorul Muntelui”.

Drumeții și excursii atractive de o zi sau de două zile — la obiectivele menționate, la Tg. Neamț, la monumentele istorice și de arhitectură de la Agapia și Văratec sau la cele din nordul Moldovei, organizează periodic filiala de turism din stațiune.

Dar Durău—Ceahlău este interesantă de vizitat în orice anotimp, iarna ea este un minunat loc pentru iubitorii de schi, patină și sâniș (care au la dispoziție un patinoar natural, pîrtii de diferite grade de dificultate și un bobschi lift), iar vara amatorii de tenis, volei, baschet, handbal au la dispoziție terenuri adecvate.

O discotecă, o sală de jocuri mecanice și de biliard, o popicarie electronică (toate în cadrul Hotelului „Durău”) completează gama posibilităților de agrement.

Cei ce vin să petreacă vacanța la Durău au la dispoziție: patru hoteluri de categoria I-a: „Durău”, cu 216 locuri (în camere cu 2—3 paturi, baie, telefon, televizor), restaurant și bar de zi; „Bradul” și „Cascada”, cu cîte 143 locuri în camere cu 1—2 paturi, baie, telefon, televizor), restaurant și bar de zi; „Bistrița”, cu 56 de locuri et4n camere de două paturi, baie, telefon) și restaurant. Totodată, multe case de odihnă la categoria I-a (cu camere de 2 paturi, baie, telefon și televizor), cabanele „Bincoveanu” și „Durău”, precum și două popasuri turistice (cu căsuțe).

În stațiunea climaterică Durău—Ceahlău se poate ajunge fie cu trenul (pînă în garile Piatra Neamț, Durău și Vatra Dornei, de unde merg autobuze I.T.A. în curse regulate, pînă în stațiune), fie cu autoturismul, pe numeroase drumuri modernizate (DN 15, DN 15 B, DN 12 C, DN 17 B) care înconjoară muntele și ajung la Durău.

Informații suplimentare referitoare la reținerea de locuri se pot obține de la Oficiul județean de turism Neamț (Piatra Neamț, Bd. Republicii nr. 30—40, tel. 936/1.62.30), filiala de turism din stațiunea Durău—Ceahlău (tel. 936/7.81.34, 7.80.77 și 7.80.78), de la oficiile județene de turism și de la Întreprinderea de turism, hoteluri și restaurante București.



VATRA DORNEI



Hotelul „Dorna”

Pe un plai de legendă, legendă care spune că numele DORNA își are originea într-un nume de fată frumoasă, însoțită mereu de gingășia și timiditatea unei căprioare, pe un pământ binecuvântat de culoare și de dulceața unui grai molcom, natura s-a îmbogățit și cu rodul străfundului pământului — miraculoase izvoare cristaline, cunoscute din vechime sub numele de „Borcuc”. Acestea — dar nu numai ele — au schimbat menirea acestor locuri transformându-le într-o „VATRA” de sănătate și tămăduire.

Să dăm cuvintul doctorului Ioan Mindrilă, din stațiunea balneoclimaterică Vatra Dornei, pentru a ne prezenta caracteristicile ei terapeutice actuale:

„Întii instinctiv, empiric, apoi pe baze tot mai științifice, tratamentele balneare de la Vatra Dornei au ajuns să fie aplicate de la nici 1 000 de persoane, la finele veacului trecut, la peste 25 000 de persoane anual, în ultimii ani. Apele carbogazoase li s-a adăugat nămolul de turbă din „Tinovul Mare — Poiana Stampei” care și-a demonstrat, de peste un secol, eficacitatea în bolile aparatului locomotor.

Cu dotările actuale — baze de tratament moderne, cu aparatură și instalații de „ultimă oră”, care dispun de vaste posibilități de kinetoterapie în săli de gimnastică, la bazin și la saună — precum și cu un personal medical de înaltă calificare și experiență, Vatra Dornei se înscrie între primele stațiuni din țară cu un profil dublu — cardiovascular și reumatologic, la care se adaugă afecțiuni ale aparatului urogenital, ale sistemului nervos și endocrin etc. Totodată, aleile parcului „terapeutic” constituie piste pentru „cura de teren”, care îmbină utilul cu plăcutul, apreciată atât de tineri cit și de vîrstnici. Prin toate acestea Vatra Dornei oferă condiții deosebite pentru profilaxia activă, pentru odihnă și recreere.

Stațiunea invită și stă la dispoziția bolnavilor cu cardiopatii cronice și sechele de infarct, cu hipertensiune arterială, ateroscleroză, tulburări ale circulației periferice arteriale și venoase, precum și a celor cu artroze, spondiloze, și reumatisme extraarticulare. Pot beneficia, de asemenea, de factorii naturali de cură de la Vatra Dornei, bolnavii cu afecțiuni respiratorii, ginecologice cronice, cu nevroze și alte afecțiuni”.

Vatra Dornei are activitate permanentă, toate cele trei hoteluri de categorie superioară fiind legate direct cu bazele de tratament. Iarna, frumusețea locurilor este neasemuită iar tratamentul mai lejer și de calitate superioară.

Inclusă intim în cadrul orașului Vatra Dornei, stațiunea balneoclimaterică cu același nume beneficiază de unitățile culturale-artistice, sportive și cu profil special ale acestuia, la care se adaugă și amenajările de agrement proprii, prin care se asigură o petrecere plăcută a timpului liber.

Pentru informații și obținerea de locuri pentru cură vă recomandăm să vă adresați la Întreprinderea balneoclimaterică Vatra Dornei, str. Republicii nr. 5, telefon 7.10.21 și 7.13.79.

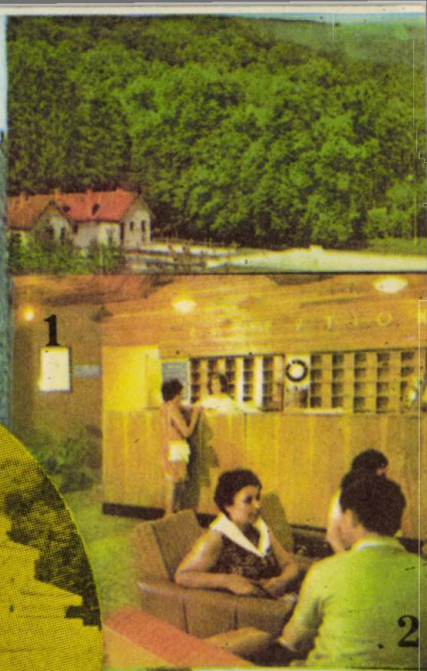
Clubul stațiuni

Hotelul „Călimani”



MONEASA

— JUDEȚUL ARAD —



CUNOAȘTEȚI ACEASTĂ STAȚIUNE?

Mulți dintre dv., stimați cititori, vor răspunde afirmativ, pentru că această stațiune balneoclimaterică din județul Arad a devenit, datorită factorilor săi naturali de cură, binecunoscută și mult apreciată. Pe cei care nu o cunosc încă, îi informăm că este situată la altitudine de 280 m, la poalele masivului Codru Moma din Munții Apuseni, fiind adăpostită de culmi împădurite de fagi, mesteceni iar pe alocuri de conifere, beneficiind de un climat continental, cu influențe mediteraneene.

Apele minerale de la Moneasa — bicarbonatate, calcice, magneziene, sodice, hipotone — sînt indicate în: afecțiuni ale aparatului locomotor, ale sistemului nervos periferic și central, afecțiuni ginecologice, nevroză astenică, boli de nutriție și metabolism.

În noua bază de tratament (foto 1 și 3) se pot efectua aproximativ 400 de proceduri terapeutice pe zi. Dintre acestea amintim, pe cele de hidroterapie (băi cu apă minerală, băi cu plante, duș subacval, duș scoțian), de termoterapie (împachetări cu parafină), de electroterapie (cu curenți de joasă, medie și înaltă frecvență), precum și pe cele cu aerosoli cu substanțe medicamentoase.

Cazarea se asigură în hotelurile categoria I-a „Moneasa”, cu 204 locuri și bază proprie de tratament (în medalion) și „Parc” (foto 2), precum și în vile de diferite categorii.

Masa se servește la pensiune și la restaurante, unde, la indicația medicului, se asigură meniuri dietetice. Curanții au la dispoziție un club — cu sală de spectacole, televizor și jocuri distractive —, precum și o pop-carie.

În timpul liber se organizează plimbări și drumeții în împrejurimi (la Peștera Liliiecilor, Peștera Cristalelor, Poiana „Cioaca” și la Cariera de marmură), precum și excursii la Hanul pescăresc „Dezna”, ruinele cetății Dezna (construită în secolul al XIII-lea în scop de apărare împotriva turcilor), precum și în R.P. Ungară.

Alăturind la toate aceste informații două elemente importante: competența personalului medico-sanitar și ospitalitatea manifestată de lucrătorii din unitățile turistice ale stațiunii, elemente ce garantează petrecerea unui sejur eficient și plăcut la Moneasa, Oficiul județean de turism Arad consideră că va poate invita să efectuați o cură sau o vacanță în această stațiune.

LA CURĂ BALNEARĂ
SAU LA ODIHNĂ

CAZAREA- O PROBLEMĂ REZOLVATĂ

Afirmatia aparține celor care avind prilejul să fie, în cursul curei sau al vacanței petrecute în stațiuni balneare, oaspeți ai unităților turistice amplasate în apropierea acestora, au remarcat condițiile deosebite de cazare și masa ce li s-au asigurat aici pe timpul sejurului. De aceea vă oferim și dv. câteva date despre unitățile turistice din stațiunile balneoclimaterice Buziaș, Lipova, Geoagiu-Băi și Lacul Sărat.

Hotelul „SILAGIU” (telefon. 963/31832), din stațiunea balneoclimaterică Buziaș (județul Timiș), unitate de categoria I A, cu 59 de locuri de cazare și restaurant (foto 1), asigură un sejur plăcut, celor veniți pentru cură sau odihnă la Buziaș, stațiune renumită pentru climatul de cîmpie, cu primăveri timpurii, veri calduroase și ierni blînde.

Baza de tratament de la Băile Buzăș dispune de instalații care permit efectuarea a diverse proceduri de tratament; bai calde cu apa minerală carbogazoasă la

cada, hidroterapie, termoterapie, kinetoterapie etc. Apele minerale, carbogazoase, feruginoase, bicarbonate, hipotone, sînt indicate în tratarea unor afecțiuni ale aparatului cardiovascular și ale sistemului nervos central.

La poalele Munților Zarandului, la circa 1 km, de stațiunea balneoclimaterică Lipova, județul Arad, se află **Hotelul „LIPOVA”** (telefon 960/61377), unitate de categoria I-a, cu 54 de locuri de cazare, în camere confortabile, și un restaurant cu terasă.

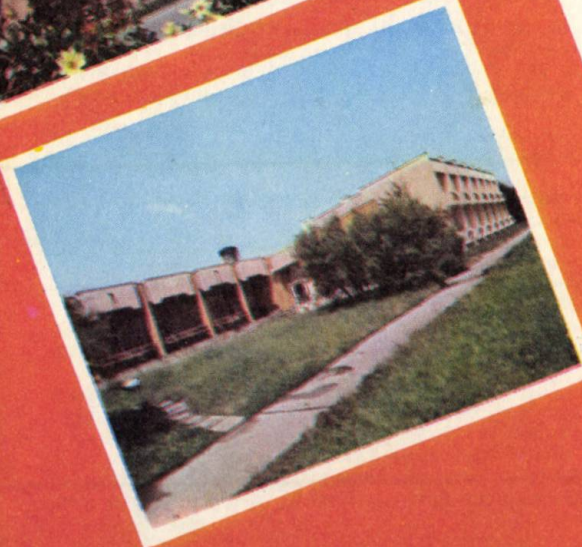
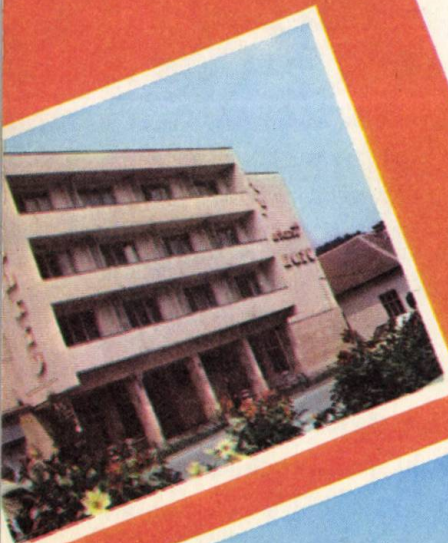
Stațiunea balneoclimaterică Lipova, situată într-o pitorească zonă de coline acoperite cu păduri de stejar, are un climat blînd, fiind indicată celor cu afecțiuni cardiovasculare, pentru efectele terapeutice ale apelor minerale, carbogazoase, feruginoase, bicarbonate, calce, sodice, hipotone și magneziene.

Gazdă ospitalieră este și **Hotelul „GEOAGIU-BĂI”**, unitate modernă de categoria I B, cu 54 locuri de cazare și restaurant, din binecunoscuta stațiune cu același nume a județului Hunedoara. Situată la 12 km nord de Orăștie, într-o zonă deluroasă, cu valoroși factori naturali de cură (apele alcaline, ușor sulfuroase, bicarbonate, magneziene și nămolul de turbă ioduros-feruginos), Geoagiu-Băi este indicată suferinzilor de afecțiuni ale aparatului locomotor, ginecologice și cardio-vasculare.

Ameliorări evidente după o cură externă cu apa sulfurată, cloruro-sodică și magneziană și cu nămolul sapropelic al lacului din stațiunea balneoclimaterică Lacul Sărat, situată în imediata apropiere a municipiului Brăila se înregistrează de către cei cu afecțiuni ale aparatului locomotor, dermatologice sau endocrine.

Și la Lacu-Sărat, cazarea este o problemă rezolvată:

Hotelul „TURIST” (telefon 946/31032). Unitate de categoria I-a, hotelul (foto 2), cu 25 de camere, 50 de locuri și un restaurant este o gazdă apreciată.



Cu dr. Ștefan Ionescu-Călinești
despre
CENTRUL DE TRATAMENTE
„PELL-AMAR“
de la Hotelul de cură
„PARC“ — București

— Conduceți, stimate tovarăse doctor Ștefan Ionescu-Călinești, Centrul de tratamente „PELL-AMAR“, din cadrul Hotelului de cură „Parc“ din capitală, în dubla dv. calitate de creator al produselor cu acțiune terapeutică din gama „PELL-AMAR“ și de medic balneolog. În numele cititorilor almanahului nostru vă rugăm să oferiți câteva amănunte asupra tratamentelor ce se efectuează la acest centru.

— Pacienții pot beneficia aici de tratamente cosmetologice și de tratamente medicale în suferințe reumatismale și dermatoze cronice. Am amintit în primul rând tratamentele cosmetologice pentru că exigențele vieții moderne impun ca produsele cosmetice să nu fie simple articole de machiaj destinate camuflării manifestărilor malade ale pielii sau „acoperirii” consecințelor vîrstei. Un produs cosmetic modern, de calitate, trebuie să fie, inevitabil, un „medicament al frumuseții”, capabil să prevină sau să trateze fie aspectele cutanate ale anumitor boli, fie fenomenele îmbătrînirii. Or, alături de virtuțile terapeutice ale produselor PELL-AMAR, metodele de investigație și de terapie cosmetologică a pielii, care se aplică la Centrul de la Hotelul „Parc” din București, constituie una din activitățile noastre specifice, în care aplicarea complexă și diferențiată a produselor aduce reale foloase prin menținerea tonicității și troficității pielii. Demn de reținut că tratamentele cosmetologice sînt indicate persoanelor de ambe sexe, de toate vîrstele, atît suferinde cît și sănătoase.

— **Ce efecte produc tratamentele cu produse PELL-AMAR în suferințele reumatismale?**

— Aceste tratamente creează posibilitatea unor beneficii date de nămolul terapeutic în aceste afecțiuni atît pentru reumatici, cît și pentru suferinzii cu boli asociate cardiovasculare (sechele post infarct, hipertensiune arterială stadiul I) în care produsele PELL-AMAR au dovedit o acțiune terapeutică favorabilă fără a fi supuse contraindicațiilor date în aceste cazuri de curele cu nămol integral.

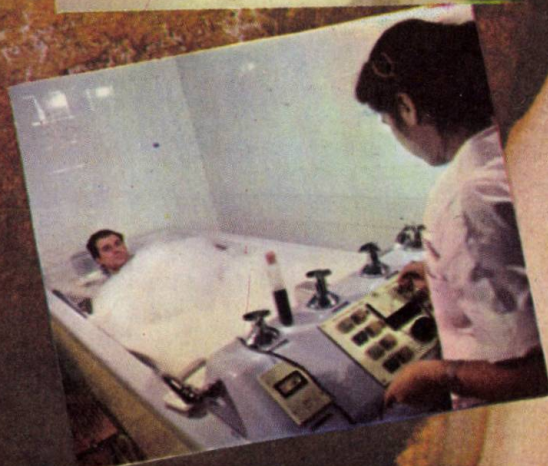
— **Dar în cazul dermatozelor cronice ce rezultate se obțin?**

— Dermatozele cronice, de tipul psoriazisului, beneficiază la Centrul nostru și în sezonul rece de tratamente cu produse PELL-AMAR, carele complete realizînd rezultate superioare celor obținute prin tratamentele clasice.

— **La aceste utile explicații de ordin terapeutic vă rugăm să adăugați câteva precizări cu caracter organizatoric.**

— În cadrul secțiilor de tratament apare necesară prezentarea solicitanților la examenele medicale cu rezultatele analizelor de laborator și cu o trimitere din partea medicului specialist din teritoriu. Programarea pacienților se face pe baza examenelor medicale efectuate la Centru și a planificării lor, în funcție de locurile libere, în perioada 1 noiembrie — 30 aprilie. Durata curei este de 12 zile pentru tratamente cosmetologice și 18 zile pentru tratamente aplicate în afecțiuni reumatismale și în dermatoze cronice, toate ambulatorii, aplicate dimineața. Pentru pacienții din provincie, cu handicapare de deplasare, există posibilități de asigurare a cazării și mesei, contra cost, în Hotelul „PARC”, unitate de categoria I-a.

Nicolae TURTURESCU





tarom

ORICÎND LA DISPOZIȚIA
DUMNEĂVOASTRĂ
ZBORURI RAPIDE,
CONFORTABILE

SĂNĂTATE ȘI BUNĂ DISPOZIȚIE CU BICICLETELE „PEGAS”

PEGAS — cuvânt care în mitologia greacă definea miraculosul cal înaripat. PEGAS — simbol al inspirației poetice, PEGAS — denumire dată unei constelații din emisfera boreală, a fost dat și unei creații a industriei noastre: bicicletelor PEGAS.

Vehicule comode, utile și practice pentru toate vîrstele, vehicule care permit o deplasare ușoară și rapidă, fără consum de combustibil, bicicletele PEGAS contribuie la menținerea sănătății și bunei dispoziții.

Folosind o bicicletă PEGAS vă mențineți condiția fizică, combateți sedențiarul, vă păstrați vigoarea și tinerețea. În plus, vă deplasați comod la locul de muncă, la facultate sau la școală, la cumpărături.

Bicicleta PEGAS, un util tovarăș de drum în plimbările de agrement, în drumeții și excursii.

Ata cele mai noi tipuri de biciclete PEGAS pe care vi le oferă magazinele de comerț de stat specializate în vânzarea articolelor de sport-turism:

Tipul de bicicletă	Lei
PEGAS CLASIC cu cadru pentru bărbați	1 680
PEGAS CLASIC cu cadru pentru femei	1 710
PEGAS IDEAL cu cadru pentru bărbați	1 615
PEGAS IDEAL cu cadru pentru femei	1 640
PEGAS ROBUSTA cu cadru pentru băieți și fete (destinată copiilor între 6—10 ani)	1 800
PEGAS MODERN cu cadru pentru băieți și fete (destinată copiilor între 8—14 ani)	1 865
PEGAS COMODA cu cadru rigid	1 690
PEGAS PRACTIC cu cadru pliant	1 920
PEGAS MINI 1212 cu cadru deschis	1 118
ERGOCICLU PEGAS PEDALUX III (medicinală)	1 350

De reținut: bicicletele PEGAS COMODA și PEGAS PRACTIC pot fi rulate de copii, adolescenți și adulți, ghidonul și șaua fiind reglabile pe înălțime. **Bicicletele PEGAS dispun de următoarele accesorii:** frînă față tip „șapte”; clopoțel; pompă de aer; trusă de scule; apărătoare pentru lanț; set adioproții.

Recom



VACANȚA

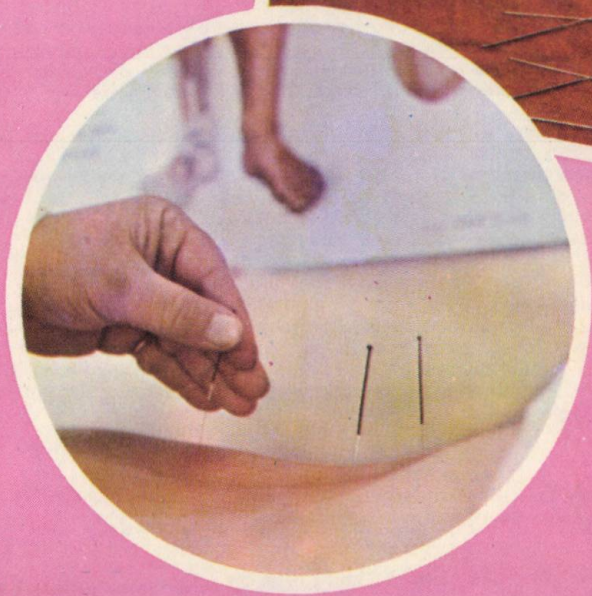
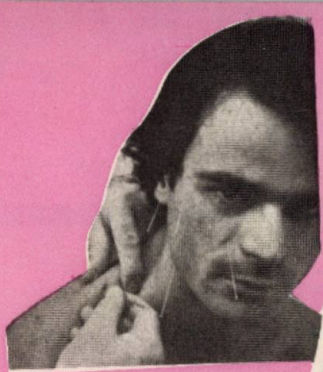
**ESTE AGREABILĂ AVÎND CORT
ȘI MOBILIER PENTRU CAMPING**

Dar nu numai vacanța, ci și drumețiile sau petrecerea sfîrșitului de săptămîna.
Vacanța, drumețiile și sfîrșitul fiecărei săptămîni pot fi petrecute într-un mod cu totul inedit, dacă va procurați din vreme un cort cu toate accesoriile pentru camping.
Din largă gama sortimentală a acestor „casuțe portabile” — ușor de împachetat, transportat și montat, confecționate din materiale textile impermeabile — va propunem să alegeți pe cea preferată dintre cele pe care vi le prezentăm mai jos.
Magazinele comerțului de stat și raioanele specializate în desfăcerea articolelor de sport-turism va așteaptă!

Denumirea cortului și a accesoriilor (mobilier pentru camping)	Prețul (lei)	Capacitatea (persoane)
1	2	3
ALPIN — 2 A	1 173	2
ALPIN — 2 B	1 174	2
ALPIN — 3 A	1 524	3
ALPIN — 4	1 766	4
PAMIR — 2	1 395	2
DACIA — 4 B	1 927	4
CERNA — 1	960	2
CERNA — 2	1 200	2
CERNA — 3	1 550	3
CERNA — 4	1 800	4
AMARA — 2	1 170	2
AMARA — 3	1 574	3
AMARA — 4	2 047	4
AMARA — 5	2 322	5
NARCISA	775	2
Scaun pliant fără spătar	71	—
Scaune pliante cu spătar	135; 155; 131; 88; 50; 108;	—
Pat pliant	134;	—
Masă pliantă cu poliță inferioară	243	—
Masă pliantă cu poliță	167	—
Masă pliantă clasică	293	—
Pat pliant pentru copii	219	—
Sac de dormit tip „Prichindel”	204; 172	—
Sac de dormit tip „Ioana”	211	—
Sac de dormit tip „Bucur”	315	—
Sac de dormit tip „Olga”	330	—
Sac de dormit tip „Carmen”	355	—
	365	—



NOU ÎN COOPERATIA MEȘTEȘUGĂREASCĂ!



ACE DE ACUPUNCTURĂ DIN OȚEL INOXIDABIL

Atît stimularea funcțională a organismului, cît și diminuarea excesului funcțional al unui organ dereglat se pot obține folosind acele de acupunctură din oțel inoxidabil realizate, pentru prima oară în țara noastră, de cooperativa meșteșugărească din Iași.

Concepute și executate de către tehnicianul Teodor Amarandei de la Cooperativa „Prestarea” din Iași, printr-o tehnică originală, acele de acupunctură au fost prezentate la cel de al IV-lea Simpozion național de acupunctură, desfășurat în acest centru universitar în anul 1984. De asemenea, acele au fost experimentate cu rezultate deosebite de către medici specialiști în acupunctură din Iași, București și de la baza de tratament balnear din stațiunea balneoclimaterică Căciulata (județul Vilcea).

În urma experimentării lor de către medici specialiști în acupunctură, calitatea acestor ace a fost îmbunătățită prin modul de ascuțire a vârfului lor căruia i s-a dat o formă sferică.

Datorită calităților lor — flexibilitate, rezistență mecanică — acele de acupunctură din oțel inoxidabil, executate în 22 de tipodimensiuni, inclusiv tipul pioneză (la purtător), realizate de cooperativa meșteșugărească ieșeană, s-au dovedit eficiente și competitive.

Comenzile pot fi lansate Cooperativei „Prestarea” din Iași, str. Ștefan cel Mare nr. 12—28, telefon 981/1.52.35.

ASIGURAREA COMPLEXĂ

A GOSPODĂRIEI DUMNEAVOASTRĂ

În vederea refacerii bunurilor avariate ca urmare a unor evenimente neprevăzute ce se pot întâmpla într-o gospodărie, cetățenii pot încheia „**Asigurarea facultativă complexă a gospodăriilor**”, care este o asigurare combinată, în același contract fiind cuprinse: bunurile din gospodărie; unele cazuri de accidente produse la domiciliu etc.

În această asigurare sînt cuprinse bunuri existente într-o gospodărie, ca: mobilier și alte obiecte casnice; îmbrăcăminte; covoare; aparate de radio, televizoare; mașini de cusut, frigidere, sobe de orice fel; produse agricole, viticole, pomicole și animaliere; combustibil, materiale de construcții pentru uzul gospodăresc și altele.

Sînt cuprinse în asigurare — pentru 20% din suma asigurată — și bunurile asigurabile luate în afara domiciliului.

Administrația Asigurărilor de Stat despăgubește cazurile de pagube la bunurile asigurate, provocate de unele riscuri, ca de exemplu: incendiu, trăsnet, explozie, ploaie torențială, inundație, grindină, furtună, alunecare de teren, avarii accidentale produse la instalațiile de gaze, apă, canal sau încălzire și altele.

Prin același contract sînt asigurate pentru urmările accidentelor întîmplătoare la domiciliul asiguratului următoarele persoane: asiguratul, soția (soțul) asiguratului, precum și părinții și copiii acestora, dacă, în mod statornic, locuiesc și gospodăresc împreună cu asiguratul. Sînt cuprinse în această asigurare accidentele cauzate de unele evenimente, ca: incendiu, trăsnet, explozie, lovire, cădere, alunecare, acțiunea curenților electrici, arsură și altele.

Prima de asigurare se stabilește în funcție de mărimea sumei asigurate, solicitată de asigurat pentru bunurile din gospodărie.

Pentru orice informație în legătură cu încheierea de asigurări, plata primelor, primirea de despăgubiri etc., vă puteți adresa fiecărei sucursale ADAS, punctelor operative de lucru sau inspectorilor ADAS.



**ÎN ORICE ANOTIMP
ASIGURAȚI
IGIENA LOCUINȚEI
FOLOSIND
NOILE TIPURI
DE ASPIRATOARE
DE PRAF**

Covoarele, tapișeria paturilor, recamieurilor, fotoliilor și scaunelor, tapiseriile, îmbrăcămintea groasă, cărțile și întregul mobilier, elemenții caloriferelor pot fi curățate de praf, rapid și temeinic, folosind oricare din noile tipuri de aspiratoare de praf realizate în țara noastră **AP 20 S, AP 21, AP 10** sau **AP 10 E**.

Caracteristicile lor le conferă calități demne de reținut:

● **Au putere de absorbție mărită:** 500 W pentru aspiratoarele AP 20 S și AP 21, 600 W pentru aspiratoarele AP 10 și AP 10 E.

● **Permit refularea verticală a aerului,** înlăturând astfel posibilitatea de împrăștiere a prafului de pe suprafețele încă necurățate.

● **Se manevrează ușor** datorită celor două roți, plus roata pivotantă.

● **În cursul folosirii lor se poate utiliza priza de alimentare cu tensiune fără împământare,** noile tipuri de aspiratoare de praf fiind construite în clasa a II-a de protecție.

Dispon de următoarele accesorii: perie complexă (pentru curățarea suprafețelor plane); perie triunghiulară (pentru biblioteci, mobilă etc.); duză îngustă (pentru spații greu accesibile, între elemenții caloriferelor etc.); duză lată (pentru tapișerii și îmbrăcăminte groasă); tub flexibil; două bucați țevi-prelungitor.

De asemenea, **au următoarele piese de rezervă:** patru saci de hirtie-filtru și două perii de cărbune.

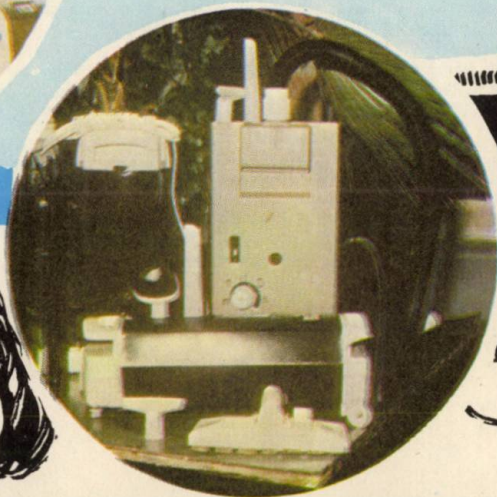
Rețineți! Aspiratoarele de praf **AP 10** și **AP 10 E** au în dotare și un indicator de umplere a sacului, cu ajutorul căruia se previne suprasolicitarea motorului. De asemenea, aspiratorul de praf **AP 10 E** poate fi reglat electronic.

Designul și gama de accesorii ale celor patru moderne aspiratoare de praf satisfac cele mai exigente cerințe.

Aspiratoarele de praf **AP 20 S, AP 21, AP 10** și **AP 10 E**, pot fi cumpărate în toate magazinele și raioanele comerțului de stat specializate în desfăcerea produselor metalo-chimice.



Recom





ASIGURAREA MIXTĂ DE VIAȚĂ ȘI VARIANTELE ACESTEIA

Printre asigurările facultative care se pot încheia de către o persoană este și „**Asigurarea mixtă de viață**”. Această asigurare dă posibilitatea asiguratului să economisească, în mod planificat, o anumită sumă de bani, pe care o va primi la expirarea duratei asigurării. Totodată, o astfel de asigurare constituie un sprijin bănesc pentru cel care o contractează sau pentru familia sa, în cazurile de producere a unor evenimente neprevăzute și nedorite.

Pentru a răspunde unor cerințe ale populației, asigurarea mixtă de viață se practică și în alte variante, realizate prin extinderea protecției asupra unui număr mai mare de persoane, prin suplimentarea sumei asigurate în cazul survenirii unor anumite categorii de evenimente asigurate etc.

● **Asigurarea familială mixtă de viață** dă posibilitatea cuprinderii în asigurare a tuturor membrilor de familie în vîrstă de la 5 la 65 de ani, oricare din aceștia putînd încasa suma asigurată, în funcție de evenimentul asigurat, întîmplat.

● **Asigurarea mixtă de viață și suplimentară de accidente** este o variantă la care suma asigurată, stabilită pentru urmările accidentelor, este majorată față de suma prevăzută pentru celelalte evenimente cuprinse în această asigurare.

Asigurările mixte de viață prezintă o serie de caracteristici comune, dintre care enumerăm:

● Sînt accesibile persoanelor în vîrstă de la 16 pînă la 65 de ani.

● Se pot contracta pe termene de la 5 la 15 ani.

● Primele de asigurare sînt diferențiate în funcție de vîrstă persoanei ce se asigură, de termenul pentru care se face asigurarea și de mărimea sumei asigurate.

● La expirarea asigurărilor la care primele au fost plătite pentru întreaga durată prevăzută în poliță, sumele asigurate se primesc concomitent cu o indemnizație de 10%.

● Asigurările participă la tragerile de amortizare lunară, acordîndu-se pentru fiecare combinație de litere ieșită la tragere 1 000 de lei din suma asigurată.

● Dacă asiguratul a suferit un accident de pe urma căruia s-a stabilit o invaliditate permanentă (fie imediat, fie în decurs de un an de la accident), primește suma asigurată înscrisă în poliță, în caz de invaliditate totală, sau o parte corespunzătoare gradului de invaliditate stabilit, în caz de invaliditate parțială. După primirea acestor sume, asigurarea continuă pentru suma înscrisă în poliță și pentru drepturile ce decurg din aceasta, sumele ulterioare acordîndu-se independent de cele pentru invaliditate permanentă.

● Asiguratul are posibilitatea de a modifica pe durata asigurării, datele prevăzute în poliță referitoare la: beneficiar, cuantumul sumei, termenul de expirare, precum și de a opta pentru altă formă de asigurare, cu adaptarea, după caz, a primei de plată.

● Asigurarea se poate repune în vigoare prin plata dintr-o dată sau în rate a primelor de asigurare rămase neachitate, ori prin prelungirea termenului de expirare a asigurării, în situația în care, din diferite motive, plata primelor a fost întreruptă.

Pentru a beneficia neîntrerupt de foloasele ce le oferă asigurările mixte de viață, este necesar ca primele să fie achitate la termenele stabilite.

Cei interesați mai pot contracta la ADAS și alte forme de asigurări de viață, cum ar fi:

● **Asigurarea de economie și de invaliditate permanentă din accidente.**

● **Asigurarea cu termen fix.**

● **Asigurarea cu indemnizație pe timp limitat.**

● **Asigurarea viageră (cu primă unică sau cu plata primelor pe timp limitat).**

Pentru orice informații în legătură cu încheierea de asigurări, plata primelor, primirea de despăgubiri etc., vă puteți adresa fiecărei sucursale ADAS, punctelor operative de lucru sau inspectorilor ADAS.

UTILE MENȚINERII SĂNĂTĂȚII DV.

Dintre produsele realizate în acest scop de întreprinderea de produse cosmetice „NIVEA” din Brașov, vă prezentăm:

OSIDENTA — pastă de dinți medicinală: Conține importante principii active, extracte de plante și uleiuri volatile, ca tinctura rataniae, clorura de zinc, ulei anisi, care îi conferă proprietăți dezodorizante, dezinfectante și de cauterizare, grăbind cicatrizarea leziunilor simple sau complicate ale cavității bucale.

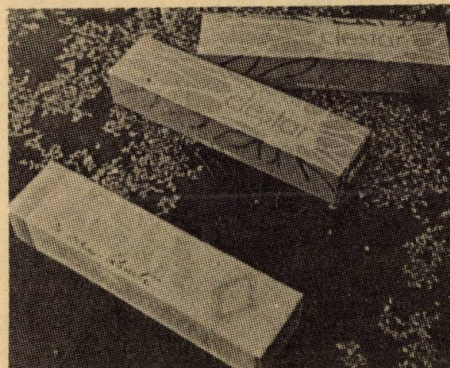
Gustul este plăcut și răcoritor.

PELL AMAR — pastă de dinți: Principiul activ PELL AMAR, extract stabilizat și sterilizat din nămolului terapeutic al lacului Balta Albă, exercită asupra gingiilor o acțiune trofică, biostimulatoare și antiseptică. Prin spălarea zilnică a dinților cu pasta de dinți PELL AMAR, se realizează o cură intensivă, ideală pentru gingii sănătoase, dinți strălucitori și o respirație pură.

BOICIL — unguent analgic și anti-reumatic: Conține extractul selectiv de Helleborus, cu acțiune analgică, spasmolitică și antireumatică, acțiuni ce se explică prin intervenția particulară a componentelor active ale extractului în sistemul complex de metaboliți ai acidului arachidonic (prostaglandinelor).

Completează cu succes tratamentul cu Boicil — soluție injectabilă.

Produse „NIVEA”



CE ESTE NOU LA

DERO



Întreprinderea de detergenți „DERO” - Ploiești își îmbogățește permanent gama de produse fabricate. Astfel, în acest an a pus în vânzare pe piața internă următoarele produse noi:

- **Lichidul pentru parbriz**, destinat dezghețării și curățirii parbrizelor de la autovehicule și a geamurilor de la hale industriale. Produsul nu este toxic și nu atacă garniturile și instalația de utilizare. Iarna se folosește ca atare iar vara se diluează 50% cu apă distilată. Se livrează în flacoane din material plastic de 1 l la prețul de 14 lei.

- **Trusa de cosmetice auto**, necesară întreținerii autovehiculelor; este prezentată într-o casetă din carton ondulat, frumos imprimată, care conține următoarele produse:

- Lichid pentru parbriz (pentru dezghețarea și spălarea geamurilor);
- „Orizont”, detergent lichid pentru curățirea tapițeriei;
- „Dero Clar”, detergent lichid pentru spălarea caroseriei;
- „Sedero 100”, solvent emulsionabil pentru spălarea motoarelor.

Trusa de cosmetice auto se livrează, deocamdată, prin stațiile PECO, la prețul de 100 lei bucată.

- **Setul de lichide penetrante pentru depistarea fisurilor de pe suprafețe metalice îmbinate prin sudură**, cuprinde trei produse:

- „Derogres”, pentru curățirea suprafețelor metalice murdare;
- „Deropen”, lichid penetrant;
- „Derodev”, lichid dezvoltant.

Cu aceste produse se pot depista fisuri cu deschiderea cuprinsă între 2 și 30 de microni. Ele se utilizează pentru controlul utilajelor și instalațiilor.

Se livrează în butoaie metalice de 200 l, ale furnizorului, sau în ambalaje metalice mai mici, puse la dispoziție de beneficiar.

Livrarea se face pe bază de comandă fermă.





OFICIUL JUDEȚEAN DE TURISM PRAHOVA

101 ARGUMENTE PRO... SLĂNIC-PRAHOVA



- **Situare:** pe valea riului Slănic, la 20 km de Vălenii de Munte și 40 km de Ploiești

- **Altitudine:** 400 m

- **Climat:** stațiune balneoclimaterică tipică pentru zona de dealuri împădurite.

- **Căi de acces:** auto DN 1 A până la Gura Vitoarei, apoi abateră pe drum asfaltat DJ 102 B - DJ 102 G; **C.F.R.:** trenuri zilnice Ploiești-Slănic.

- **Temperatura medie anuală:** 9°C.

- **Temperatura medie vară:** 18°C (în iulie).

- **Factori naturali de cură:** ape minerale (lacuri și izvoare) clorurosodice concentrate, sulfatate și calceice, climat de crutare, nămol sapropelic, Mina „Unirea” (sanatoriu subteran la 210 m adâncime).

- **Afecțiuni principale tratate:** afecțiuni cronice ale aparatului locomotor, afecțiuni ale sistemului nervos periferic, afecțiuni ginecologice și respiratorii, unele afecțiuni dermatologice.

- **Boli asociate:** flebite, tromboflebite, anemie, debilitate, limfatism, scrofuloză, psoriazis, unele afecțiuni endocrine.

- **Containdicatii:** boli contagioase, tumori maligne, tuberculoză activă, boli cardiovasculare decompensate, epilepsie.

- **Proceduri și tratamente:** masaj, gimnastică medicală, băi de plante, băi reci, împachetări cu nămol, electroterapie, hidroterapie și pneumoterapie (aerosoli), helioterapie (stranduri terapeutice).

- **Instalații de cură:** băi minerale cu apă de lac, împachetări calde cu nămol, instalații pentru tratamente ginecologice, instalații pentru electroterapie, hidroterapie, pneumoterapie și helioterapie.

- **Sanatoriul subteran de la Mina „Unirea”:** 2 săli cu 400 de locuri, special amenajate, la 120 m adâncime, cu o temperatură constantă de 12°C - unde se tratează o gamă largă de afecțiuni respiratorii (astm bronșic, rinite alergice, bronhopatii obstructive etc.).

- **Hotel cu bază de tratament proprie:** Complexul balnear (252 locuri).

- **Cazare:** la hotel și în vile-pavilioane (confort I, II și III).

- **Masa:** la restaurant și pensiuni (inclusiv meniuri dietetice).

- **Posibilități de agrement:** club, cinematograf, bibliotecă, terenuri de sport, stranduri în aer liber („Baia Baciului”, „Baia Roșie”), Mina „Unirea” (în galeriile căreia este permanent deschisă o expoziție de sculptură în sare și au loc concursuri de micromodelism), Muzeul Sării, Muzeul de artă.

- **Monumente ale naturii:** Mina „Unirea”, Muntele de sare, Grota Miresei, Dealul Piatra Verde.

- **Excursii organizate** (cu trenul și autocarul) la: stațiunea climaterică Cheia, Vălenii de Munte, Ploiești, București și pe Valea Prahovei.

- Pentru detalii și informații suplimentare vă rugăm să vă adresați Filialei de turism Slănic (tel. 972/40223 sau 972/68250) și Complexului sanatorial Slănic (tel. 972/68131-32).

Date demne de reținut despre:

BĂILE „1 MAI“

La 9 km de Oradea și 2 km de Băile „Felix“, în nord-vestul cîmpiei premontane a Miersigului, la zona de contact cu extremitatea vestică a dealurilor ce coboară din munții Pădurea Cralului, la altitudine de 142 m, Băile „1 Mai“ beneficiază de valoroși factori naturali de cură.

După cum ne informează doctorul în medicină Sabin Novac, medicul șef al stațiunii, clima temperat-continentală cu influențe oceanice, bioclimatul sedativ, apele minerale termale (între 17° și 49° C), bicarbonatate, sulfurate, calce, sodice, silicoase, oligometalice (cu o mineralizare de cca 1g/l și radioactivitate de 1,5 UM/l) și nămolul, a cărui acțiune farmacodinamică se bazează atît pe calitățile sale fizice (termopexie, conductibilitate termică redusă și plasticitate), cit și pe cele chimice, explică eficiența curei la Băile „1 Mai“. Această cură este indicată în următoarele grupe de afecțiuni: reumatismale, (inflamatorii, degenerative, abarticulare), posttraumatice, ale sistemului nervos periferic, ginecologice, precum și în afecțiuni asociate (artropatia gutoasă, unele forme de gastrite și enterocolite cronice, diskinezie bilare etc.) Acestor afecțiuni li se poate aplica, la indicația medicului, o cură profilactică, tratamentul curativ propriu zis sau o cură de recuperare.

Baza de tratament dispune de: instalații pentru băi și aplicații de nămol, de electro, hidro, kineto și mecanoterapie, aerosoli și cultură fizică medicală, de ștrandul „Venus“ cu 12 bazine în aer liber. De asemenea, în stațiune funcționează un sanatoriu balnear de recuperare, pentru copii deficienți locomotori, cu 150 locuri și bază proprie de tratament.

Aflat în administrarea întreprinderii județene de gospodărie comunală și locativă din Oradea, stațiunea Băile „1 Mai“ dispune de 583 locuri de cazare (în case de odihnă, bungalowuri și căsuțe din cadrul campingurilor „Venus“, „1 Mai“ și „Nufărul“, precum și de 1600 locuri de cort). De asemenea, are două restaurante, braserie, cofetărie, două magazine alimentare, un complex comercial, farmacie, poștă.

Pentru agrement oaspeții au la dispoziție un club (cu sală de spectacole și de cinema, sală pentru vizionarea programelor TV și de jocuri distractive, bibliotecă). De asemenea, parcul natural al stațiunii, Lacul „Peța“ cu rezervația sa naturală și o bogată floră acvatică (între care și specia „Nymphae lotus termalis“, relicvă din flora terțiară) și bazinul cu valuri artificiale. Numeroase drumeții și excursii se organizează în împrejurimi.

GEOAGIU—BĂI

Stațiune balneoclimaterică permanentă din județul Hunedoara, situată la 12 km nord de Orăștie, într-o zonă deluroasă (altitudine 350 m), Geoagiu-Băi (în foto 1, vedere generală) are o climă continentală, fără vînturi și geruri mari, temperatura medie anuală fiind de 9,8°C.

Factori naturali de cură: ape alcaline, ușor sulfuroase, bicarbonatate, magneziene, mezotermale și termale, radioactive; nămol de turbă, ioduros-feruginos; climat sedativ.

Indicații terapeutice: afecțiuni ale aparatului locomotor (reumatismale degenerative, abarticulare, inflamatorii, posttraumatice, neurologice periferice); afecțiuni ginecologice, cardio-vasculare.

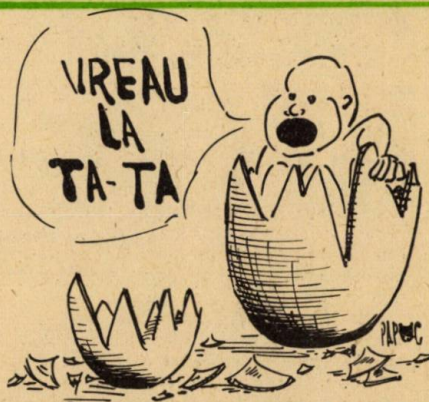
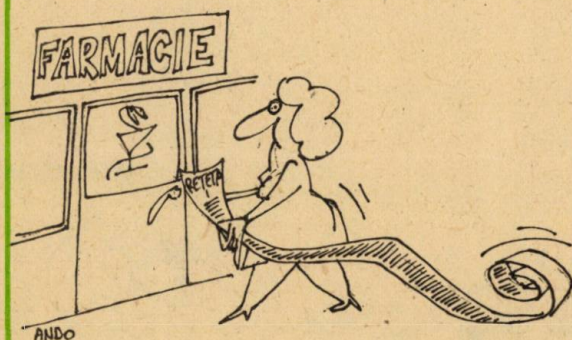
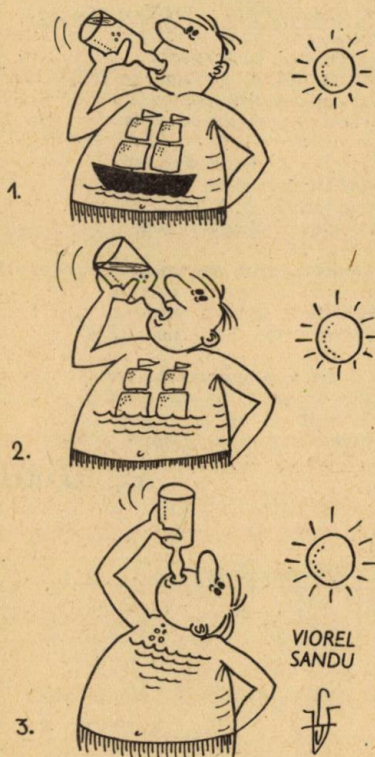
Instalații și proceduri de tratament: băi minerale, calde în bazine acoperite; băi cu ape minerale termale, în bazine descoperite (foto 2); plajă; buvete cu apă minerală pentru cură internă; instalații pentru electroterapie.

Căi de acces: calea ferată Teiuș—Arad (halta Geoagiu) iar de aici curse rutiere locale de autobuz pe DN 7 Deva-Sebeș (5 km după Orăștie) + 14 km abateri, pe un drum local modernizat. În sezonul cald, curse regulate de autobuze de la Hunedoara, Deva, Orăștie.



Informații și detalii asupra stațiunii și referitoare la obținerea de locuri la: Oficiul județean de turism Hunedoara (Deva, str. Petru Groza nr. 1, tel. 956/14730), precum și la celelalte oficii județene

HIPOCRATE SE AMUZĂ



O CONSULTAȚIE PRIN TELEFON

Doctorul: Alo! Da... cabinetul medical.
 Pacienta: Aș dori o consultație.
 Doctorul: Măine între patru și șase, vă rog!
 Pacienta: Da știți, eu sînt...
 Doctorul: Sînteți... cum?
 Pacienta: Foarte tînă... Douăzeci de ani...
 Doctorul: N-are importanță, dacă suferiți...
 Pacienta: Și mai e ceva.
 Doctorul: Ce mai e?
 Pacienta: Sînt și... frumoasă.
 Doctorul: Găsim noi leac la toate.
 Pacienta: Și nu e totul.
 Doctorul: Nu?
 Pacienta: Nu. Sînt și puțin... nevrotică!
 Doctorul: Cazul dv. este tot mai interesant.
 Pacienta: Mă primiți decî?
 Doctorul: Bineînțeles.
 Pacienta: Și nu vă e frică de o tînă frumoasă și temperamentoasă?
 Doctorul: Nicidecum.
 Pacienta: Dar eu sînt...
 Doctorul: Nu vă speriați. Discreția face parte din profesiunea mea. Și-apoi există tratamente pentru orice.
 Pacienta: Și în cazul meu ce-mi recomandați?
 Doctorul: Încadrarea într-un serviciu conform pregătirii de bază și, bineînțeles, ceva mai multă seriozitate!
 Pacienta: Atît?! A, nu! E prea puțin. Mă voi adresa unui medic mai uman!

Dan TĂRCHILĂ

ERORI DE TIPAR...

- Mița blondă zgîrie rău.
- Vinul nu merge de multe ori la apă.
- L-a prins cu Mița în lac.
- „Pomul se cunoaște după faptă și omul după poamă”.
- Plăcerea e de aur.
- Surdul n-aude ce nu-l privește.
- Apa trece, petele rămîn.

Dr. Corneliu ZEANĂ

EXEMPLUL PERSONAL

Iubita mea cam rotofeie,
 Nu vrei să ai iar trup de fee?
 Să fim iar fericitul cuplu:
 Frumos, echilibrat și suplu?

Ce corp de balerină-aveai!
 Și-acum, pe scaun dacă stai
 Abia se ține-n balamale
 Și scîrție cumplit a jale:

De-aceea, dacă mă iubești,
 Încearcă să mai și slăbești;
 Fă bine și te mai abține
 C-alminterea, nu-ți șade bine!

Cu tot respectul ce ți-l port,
 Hai, fă acum un mic efort:
 Încearcă, tu, că nu e greu...
 Și-atunci, am să... slăbesc și eu!

D.C. MAZILU

UN OM HOTĂRÎT

La drept vorbind, de mă gîndesc mai bine,
 Am fost mereu bolnav — de cînd mă știu
 La șase ani tușeam prin Cîșmigiu,
 La zece, m-a-nțepat un mărăcine.

De prin liceu eram cam durduliu,
 Că depuneam orice mîncam, pe mine;
 Apoi slăbii — că nu puteam reține —
 Și cît pe ce s-ajung un pirpiriu.

M-a necăjit și-o unghie-ncarnată
 Iar uneori, cînd mă-nîlneam cu-o fată.
 Aveam, la flori, accese de-amnezie.
 Îmi plîng de milă! Soața mea să știe
 Că în zadar va ridica sonorul!
 Sînt hotărît să nu-i mai bat covorul!

Mircea TRIFU

Greutatea, doamnă, sau vîrsta?

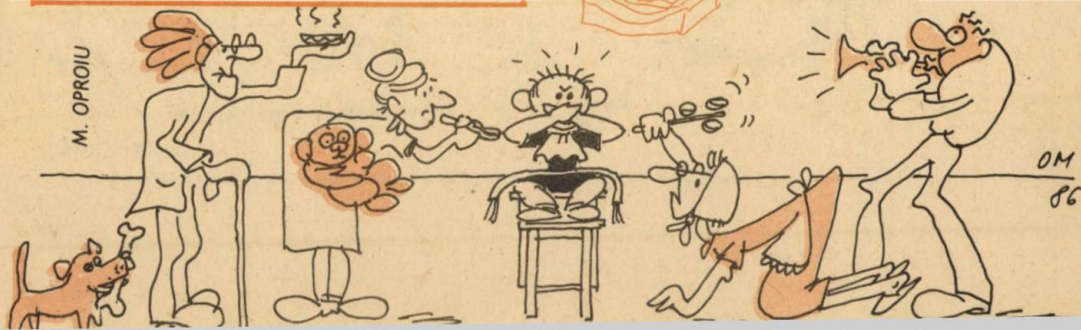


Foto-reportaj

Jacek Sawaszkiewicz (R.P. Polonă)

Tata s-a poticnit într-o spărtură de pe trotuar (o gură de canal spartă) și ceva i-a pocnit la picior. A venit salvarea.

La spitalul de urgență în afară de personalul sanitar, ne-am mai întâlnit și cu un tânăr în blugi. Avea un aparat de fotografiat și alte câteva ustensile. Când ne-a zărit a manifestat o deosebită bucurie.

— Ce bine-mi pare! De o săptămână aștept o asemenea ocazie! — ne-a spus el — vreau să particip la concursul „Cel mai bun fotograf” cu un subiect din munca celor din sectorul sanitar. Veți fi modelul meu! — a spus el adresându-se tatălui meu.

A intrat împreună cu el în sala de consultații. A montat reflectoarele și apoi a întrebat medicul: — Fractură?

— Nu — i-a răspuns acesta, examinând piciorul tatălui — o simplă întindere, ce a afectat puțin și încheietura.

Tânărul cu blugi s-a întunecat la față.

— Păcat — a spus el cu un glas plin de regret — o fractură și încă deschisă ar fi majorat dramatismul fotoreportajului.

— Îmi pare nespuse de rău — a declarat tata. Fotoreporterului i s-a luminat fața. I-a venit o idee.

— la să vedem numai — a strigat el. Prima fotografie o să vă înfățișeze imediat după accident. Luați, vă rog, poza unui om care suferă în mod autentic! Tata s-a ghemuit. Fotoreporterul și-a pus miinile în șold.

— Domnule — a spus el dulceag — aici nu sînteți ca să vă faceți pedicura, aici sînteți la chirurgie. Suferiți!!!!

Medicul l-a tras pe tata de picior fără prea mari menajamente, de a urlat săracul de durere. Fotoreporterul a dat din cap.

Urletele dumneavoastră nu le înregistrează aparatul de fotografiat a spus — trebuie să mimați durerea. Fața dumneavoastră trebuie să exprime durerea, să reflecte suferința! Mă înțelegeți?

— Da! — a spus tata.

Fotoreporterul, îngîndurat, s-a scărpinat în cap.

— Sau nu — a spus — Mai bine reîncepeți cu ultima scenă! Nu vă mai doare nimic. V-ați vindecat, sînteți sănătos, fără nici-o grije. Fața dv. trebuie să radieze această satisfacție, această bucurie.

Tata a urlat din nou de durere.

— Totul s-a terminat — a anunțat doctorul, acum e bine, restul e treaba asistentei mele.

Fotoreporterul a dat înciudat cu pumnul în cel mai apropiat reflector.

— Nu, eu aici acest reportaj n-o să-l pot face! a țipat el. Dumneavoastră sînteți în tip de model, cum sînt eu scafandru! Și medicii am impresia că lucrează aici în acord!

Și-a strîns lucrurile și a părăsit sala de consultații. După o clipă am auzit o puternică izbitoră. Am ieșit repede pe coridor. Tânărul în blugi era lungit pe jos pe scări, acoperit cu „ustensilele” sale.

Sînt speranțe, că fotoreportajul totuși se va realiza. Natural dacă fotoreporterul va fi dispus să pozeze și el cuiva...

Traducere de T. CUTLIC

STÎLPUL... ȘI FAMILIA!

Îmi place să merg în vizită la prieteni fiindcă nu-mi așa mai constitui și eu un „prilej de atenție” pentru familie. Pentru minunata mea familie, compusă în afară de mine din 8 suflete, toate de sex feminin, după cum urmează: nevastă-mea Luciana, un vulcan de energie de prin părțile... căreia nu-i stau mîinile toată ziua cît o fi ea de mare, dar nici gura — păcat că acum este necăjită fiindcă îi pică două plombe..., iubita mea soacră, mama Filoftea — vară primară cu fostul responsabil de la Centrul de legume și fructe din Totoloia din Vale, al de-și schimbă motorul de tăiat lemne pe o motoretă Mobra — și care, la cei 85 de ani ai săi, este vorba tot de mama soacră, că mama mea, săraca, n-avu loc să stea și ea cu noi, că de, e mai tinăra cu 2 ani și se descurcă ea, socotește și gindește mai bine ca noi toți la un loc... dovadă că și azi la salariu îmi găsesc o lipsă de 6,50 lei, pe care, de ce să nu recunosc, îi risipii cu colegii mei pe o bere... și-n fine, tot din familie le amintesc pe cele 5 crizanteme ale noastre, 5 fetițe între 8 și 16 ani — Getuța, Gigica, Geana, Gina și Georgiana — fiecare cu personalitatea sa, una mai isteată decît alta, și serioase foc. Nu pun mîna pe ceva în casă, ca să nu-l deranjeze de la locul său...

Și astfel nu pun mîna nici pe aspirator, căruia i se pot distruge cărbunii, nici pe mașina de spălat rufe, căreia i se poate arde rezistența și nici pe spălătorul de vase, care are și el buba lui; căci ele sînt copile și încă micuțe și nu se pricep... Cinci fete avem în familie, ca cinci flori și cuminți foc! Nu pun mîna pe nimic, nu strică nimic, nu fac nimic... Ele nu fac, dar aia mică face! Nu Georgiana, doamne ferește! Ea are lucrare de control la „Rezistența materialelor”... Despre cealaltă micuță este vorba... de Roxana! Cățelușă noastră, că fără ea nu putem trăi și care este deosebit de vîioale ca întreaga familie — dovadă că mi-a distrus pînă acum 5 perdele, 4 perechi de pantofi și mi-a ros și două covoare... Noroc că mai am... răbdare!

Îmi place să merg în vizită, căci numai în felul acesta mai sînt și eu luat în seamă... Fiindcă în restul zilelor eu fi bag pe toți... începînd de la procurarea de caiete, gume, ascuțitori, dresuri, pline, medicamente, lapte, pantofi la cismar, scutiri medicale, preschimbarea abonamentelor și pînă la ședintele de la școală cu părinții... Pardon, am uitat de tată! Îmi place să merg în vizită... fiindcă numai așa pot face tot inventarul hainelor și încălțămintei din casă, a poșetelor, poșetulelor, baticurilor și

cîte și mai cîte... Îmi văd ochii și-mi aud urechile, că de parcă eu aș fi de vină că pantofii maron nu se asortează cu rochița pepită, ori că blugii nu au ținte suficiente... nu știu de ce ăia care îi croiesc nu le pun ținte și pe fund... sau că bluzele și jachetele sînt demodate...

Îmi place să merg în vizită la prieteni, fiindcă numai așa am timp pînă mi se îmbracă familia, să mai ascult și eu muzică folk, ultimul răcnet... nu al cătelei căci asta urlă numai cînd fetele mele vor să-i ia din gură, tot ce au golit ele din șifonier în răstimp de 2-3 ore... De fapt, cînd simt miros de ziar ars și de cafea, atunci știu că își pun părul pe bigudiuri și nevastă-mea săraca își bea ultima sorbitură înainte de a-și trage cismulițele în picioare, fiindcă de ceaiul de mușetel al soacrei mele, îndulcit cu zaharină - ca să nu-i crească glicemia - mă ocup eu... Mie poate să-mi crească și colesterolul!

Îmi place să merg în vizită, cu familia-mi stimată, a cărei dragoste tumultuoasă o descarcă asupra mea numai în asemenea împrejurări... Ai luat din cămară o sticlă cu vin...? Nu pe aia deșeptule... Nu vezi că este de oțet...? Și nici aia de spirt... lasă Florio acolo că eu l-am primit cadou și nu tu... Acolo nu-i țuică, adormitule, ci apă cu bu-suioc de la... iar mă faci să vorbesc tare să mă audă vecinii, că și așa știu tot ce am în casă... ..Și florile... Alea sînt flori de dus în vizită...? Ce, mergi la mort ori la prieteni...? ...la sticla aia de șampanie din vitrină. Nu pe aia că de la ei o avem... pe cealaltă... și învelește-o în hîrtie albă... Nu aia că-i trebuie mami pentru parastas... doar știi treaba asta... Lasă-mă pe mine și du-te odată de te-mbracă, că stăm o casă întreagă după tine... Puneți cămașa albă... Albă am zis, că nu bați acum covoarele... Vezi că le-ai făcut pe toate varză... Așa le faci și la birou... Vai de colegii tăi, săracii...

Ți-am spus de atîtea ori că nu-mi place costumul ăsta pepit... Nici ăla și nici celălalt... l-al pe acesta... Ajuțați-l fetelor pe tătîcul, că doarme în pantaloni... Vedeți că i-ați făcut prea mare nodul la cravată... Și ai putea să mai faci și cîte un duș din cînd în cînd că nu mai am putere să mai spăl și pentru tine... Destul că spăl pentru tot regimentul ăsta... Ei, poftim, nașii ne așteaptă de la ora 1 cu masa și noi mergem la 5... Ca de obicei... Lasă că știu eu cît sufăr din cauza ta... Eu sînt și femeie și bărbat... Numai d-ta, mamă, nu spui nimic... Ce-ți pasă... Ți-ai băgat bărbatul în pămînt... Nu suferi ca mine... Ei na, poftim că dumnealui s-a supărat... Nu te-ai supărat? Maș fi mirat...

Îmi place să merg în vizită... La prieteni... Cu minunata mea familie... Compusă în afară de mine, din 8 persoane și toate de sex feminin... Pardon din 9... Fiindcă peste o lună vine barza... Poate că de data aceasta cu-n băiat! Să fim măcar doi bărbați... în casă!

George M. GHEORGHE



SCURTISIME

- Sînt un adversar al poluării... nu suport să mi se arunce gunoaie... în ochi!
- De cînd am auzit că alcoolul nu îngheață... nu mai bea apă iarnă!
- Ani de zile a urcat numai cu liftul la birou... acum folosește și scările!

Dr. Ioan NĂSTOIU

TONICE AMARE

Axiomă

Medicii — nu se discută —

Te ajută-n orice boală.

Dar mai strașnic te ajută

Rezistența naturală!

Urare

La vîrsta de pensionare

Cînd un amic e să ajungă,

Eu nu-i urez pensie mare

Ci îi urez... pensie lungă.

Dr. Nicolae GHÎTESCU

NUMAI PATRU

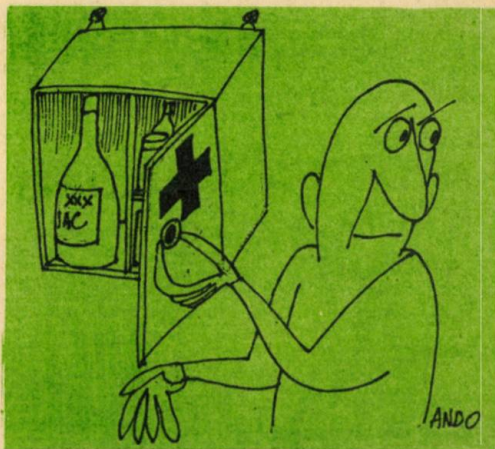
● Cînd s-a însurat, spunea că și-a găsit nevasta. Acum spune că... și-a găsit „nașul”.

● Omul se naște cu o viață. Depinde de el dacă o dublează, sau o înjumătățește.

● Uneori dragostea are dulceața cireșilor amare...

● Cînd înverzește pădurea, conducătorul auto are numai bucurii. Cînd înverzește fiola are numai necazuri...

Gh. SACMARI



ÎN TRE VIS ȘI REALITATE

Într-o noapte, la o anumită oră, când am simțit că mă prinde insomnia, m-am hotărât să număr oile, cum îmi prescrisese un binefăcător, psihiatru amator:

- Nu numără orele că n-ai să adormi, numără oile! Imaginează-ți-le și numără-le, pînă la o sută, nici mai multe nici mai puține.

De altfel insomnia s-a instalat la mine atunci când aflînd că trebuie să dorm opt ore pe noapte am început să număr orele dormite și nedormite... Mă hotărîsem eu să număr oile în noaptea aceea, dar nu zăream nici o oaie pe „ecranul” închipuirii mele. După multă străduință și concentrare, a apărut una, speriată - apoi alta, și alta... Am început să le număr în grabă... S-au făcut nouăzeci și șapte... nouăzeci și opt... Număram din ce în ce mai greu... Nouăzeci și nouă și apoi... pauză. Pauză mare. Tirziu, pe „ecran” a apărut un cioban și un cîine - și mie ca s-adorm îmi mai trebuia doar o singură oaie. Simt cum nervii-mi reintră-n priză, dar spre binele somnului, ciobanul se depărtează minînd turma spre codru. Pe „ecran” îmi reapar oile, întîi una, apoi alta, înțeleg, fac calea întoarsă... Le număr... ajung iarăși la nouăzeci și nouă și iarăși nimic. Ba nu! Simt cum se apropie o talangă. Chiar dacă ar fi berbec îl număr ca oaie și fac sută! Dar nu, e un măgar. Un măgar cu talangă. Cum să număr măgarul în loc de oaie? Nu! Prefer să rămîn neadormit. Măgarul, măgar, scutura din cap cu putere și talangă făcea un zgomot asurzitor de pierdusem tot ce cîștigasem cu numărătoarea oilor! Apoi zgomotul de talangă s-a prefăcut într-un sunet strident ca din zeci de clopote. Am sărit din pat! Era ceasul deșteptător! Visasem o insomnia.

Arcadie DONOS

CONTRA MIGRENEI SAU... DIMPOTRIVĂ

— Din pricina băuturii, sofului meu îi scade vederea...

— Din pricina băuturii, sofului meu i se dublează vederea!



— Recomand soției dv. ca să țină ulei în gurd în fiecare dimineață cîte o jumătate de oră.

— Nu s-ar putea să țină toată ziua?



Lucica ZORINI

O ÎNTÎMPLARE CU AMZA PELLEA

După un interviu luat celui care ne-a însorit atîtea revelioane cu zîmbetu-i și verbul de pe micul ecran, am pariat cu Amza Pellea că-i voi spune cîteva lucruri exacte despre „nepotul Sucă”, pe care în viața de toate zilele știam că-l chiamă altfel. Actorul era foarte sigur de secretul adevăratei identități a lui Sucă; eu, la fel de sigur, în urma unor amănunte aflate de la un profesor universitar, căruia celebra rubedenie a lui „nea Mărin” îi era - pe vremea aceea - student. Pierzînd prinoarea, s-a revanșat spunîndu-mi cîteva întîmplări din viața lui. Iată una dintre ele, așa cum mi-a fost povestită de marele dispărut, de altfel, vechi cititor, colaborator și prieten al revistei „Sănătatea”.

„...Pe vremea cînd eram directorul Naționalului cralovean și făceam naveta acolo, mă pricopsisem c-o răceală afurisită. Ca să scap de ea, doctorul îmi prescrisese niște ampicilină, din care trebuia să iau două cașete la 6 ore. Plecînd de la teatru spre București cu mașina unui coleg, la marginea orașului, mă trece un gînd: „Aoliu, neică, uitai de ampicilină”. Îi zic să oprească colegului care conducea și bat în poartă la o băbuță: „Tușă, fili bună și dă-mi un pahar cu apă, că am să înghit drăciile astea și nu pot pe gîtul uscat”. „Nea Mărine - că eu așa te știu de la televizor - pofteste înăuntru”. Intrăm noi, femeia ține să ne trateze și cu o dulceață, așa că mai zăbovim la o țigară, cu diverse povești. Cînd ajung acasă, nu mai dau de ampicilină. Oii fi pierdut-o - zic eu și cumpăr alta. La vreo 2-3 săptămîni seara, după spectacol, cine credeți că mă aștepta? Baba cu pricina: „Venii măică să-ți mulțumesc”. „Ce să-mi mulțumesci, tușă, eu ar fi trebuit să-ți dau un bilet de favoare, că faci o dulceață strașnică!” „Lasă dulceața, nea Mărine; îți mulțumesc că mi-ai scăpat... găinile și cucoșul!” „Oliu, dodă; ce tot vorbești tălică; nu cumva mă asemui cu altul?” „Ba nu te asemui deloc! Atunci, la mine, cînd ziceai că ești bolnav și iei medicamente, ai uitat pe masă, un tubuleț cu buline: așa, roșu cu negru. Mie, tocmai mi se prăpădiseră niște moșate, de rămăsesem cu 9 găini și un cocoș. Ce m-m gîndit? Dacă dumitale, ditamai bărbat, îți fac bine nasturii ăia, ce-ar fi să încerc și găinile cu ele?! Și le-am băgat măică pe gît, la fiecare cîte una, iar cocoșelul i-am dat două, că era mai mare... Ei, află dumneata, că le-ai uitat cu inimă bună; picotiră ele încă două zile așa blege, dar într-a treia au început să ouă! Așa că venii măică să-ți mulțumesc și să-ți plătesc bulinele. De, or fi scumpe...” Auzisem eu, multe în viață dar așa ceva, era pentru întîiaș dată”. Lasă-i focului de bani; dacă zici că ți s-au făcut moșatele sănătoase...” Se făcură, cum nu și, dacă mai ai drum pe la noi, bate la poartă că ți-am oprit o sticlă de zaibăr. De ăsta, știu că-ți place!”

Zîbind, Amza Pellea încheiase: „Drept să-ți spun, habar n-am dacă ampicilina aia i-a vindecat sau nu orătăniile. Da' mie, de-un lucru îmi pare rău; că plecai și n-am apucat să gust din zaibărul femeii!...”

Aurel CODREANU

DIN CARNETUL UNUI DOCTOR

— *Tovarăşe doctor, vă caută cineva cu un dîne pe care îl cheamă Popescu.*

— *Şi, pe acel „cineva”, cum îl cheamă?*

• • •

— *Tovarăşe doctor, nu-l adormiţi pe pacient pentru operaţie?*

— *Nu. N-ai citit în fişa lui? E somnambul. Trebuie să-l operăm treaz, dacă-l adormim pleacă la plimbare!*

• • •

— *Doctore, e adevărat că operaţie ca asta pe care mi-o veţi face are o şansă din zece să reuşească?*

— *Da, dar poţi sta liniştit. Chiar ieri am ratat-o pe a noua!*

• • •

— *Dacă renunţi la tutun şi la alcool, vei putea trăi pînă la 70 de ani.*

— *Prea tîrziu, doctore.*

— *Nu e deloc tîrziu!*

— *Ba da. Ieri am împlinit 71!*

• • •

— *Alo! Doctore, veniţi repede, sofia mea a băut din greşeală un litru de benzină şi acum se vîntură prin tot apartamentul!*

— *Staţi liniştiţi! Cînd se termină carburantul, se opreşte ea şi singură!*

Culese şi adaptate de Sonia PETRESCU

CLENCIURI

UNUI SCULPTOR CU BARBĂ

*Pornit pe-al artei lung urcus,
Talentul tău spumos să fiarbă
Şi năzuind către Brîncuşi
Să nu te bizui doar pe... barbă.*

Unui spărgător de seminţe

*Pe Dumitru, bunăoară,
L-am propus în trei şedinţe
Să îl angajăm ca „moară”
De decorticat seminţe.*

AI. CLENCIU



DILEMĂ

- Vă rog să luaţi loc. Ce vă doare?
- De fapt, cum să vă spun...
- Înţeleg, aveţi o stare de apatie...
- Nu. N-aş zice. Poate mai curînd...
- Oboseală?
- Nici.
- Cum staţi cu somnul?
- Dorm ca un prunc.
- Pofta de mincare?
- Excelentă.
- Fumaţi, beţi? Cafea, tutun, alcool?
- Nici un fum, nici un strop.
- Vă simţiţi greoi?
- Alerg cîte o oră dimineaţa la culcare şi seara înainte de culcare. Duminica fac plimbări pe jos...
- V-aţi făcut hemograma?
- Da, peste patru milioane de globule roşii...
- Colesterol?
- Sub limită.
- Celalte analize?
- Bune toate.
- Inima?
- De fior.
- Nervii?
- De oţel.
- Vederea?
- De aviator.
- Auzul?
- De acordor de pian.
- În cazul acesta nu vă înţeleg, pentru ce aţi venit la mine?
- Doctore, sînt perfect sănătos...
- Tocmai?
- Ei bine... asta nu vi se pare suspect?

Eduard JURIST

LA IARBĂ VERDE

*În miez suav de primăvară,
Pădurea-mbie pe oricare
Cu aer proaspăt şi răcoare
Şi un „concert”... de speţă rară.*

*Chiar medicii-l recomandară
Dietă aspră şi plimbare
(Nici strop din bachica licoare)
Şi-o linişte... precum la ţară...*

*- „Verdeaţă, soare, pomi în floare,
Şi-atîtea păsări cîntătoare...
Ce minunat e azi, afară” -!
Zicea în sine-şi nea Cutare,
Sorbînd coniac şi din ţigară
Şi-n preajmă-i zeci de tranzistoare...
În miez suav de primăvară!...*

Traian GĂRDUŞ

SPIRACHE – INIMĂ CALDĂ

- Ești cumva bolnăvior? compătimește Spirache ori de câte ori i se oferă ocazia unei întâlniri cu o cunoștință, nu importă de care grad.

- Dar de ce întrebi?, se îndispune vag cel în cauză.

Spirache și-a compus dintru început o mină sa samariteană și de cap-suferind:

- Pentru că, iartă-mă dragul meu, nu-mi prea place cum arăți.

Ochii lui Spirache au darul de a sugera cel puțin un ulcer duodenal, dacă nu o ciroză hepatică decompensată. Făptura lui emană un fel de milă a diagnosticului care, aflându-se în fața unor simptome grave, își reprimă pe cât posibil cuvântul alarmant și îi servește pacientului doza maximă de mângâieri și alinări. Pe frunte însă îi stăruie cute adânci de îngrijorare.

- Oricum, nu te pierde cu firea, adaugă Spirache. Te prezinți mîine la un consult medical și vezi ce-i de făcut. la taurul de coarne! Bolile sînt ale naibii, mă rog, ce să-ți mai spun...

Aici Spirache își înclină dureros capul de parcă

vibrează prin preajmă sunetele unui marș funebru.

Uneori constatările și sfaturile lui Spirache dau roade. Cîte un hojma sănătos tun, în stare să arunce peste gard „Trabantul” care l-ar călca pe bătăături, se lasă cuprins de panică. Începe să-și petreacă vremea prin dispensare și policlinici, asaltează specialiști, se revoltă cînd nu-i descoperă nici o maladie, înghite fără alegere conținutul farmaciilor (din păcate silit să renunțe la porția care pretinde rețetă) și, pînă la urmă, fandaxia - din conul lancu citire - se instalează definitiv.

Timp în care Spirache își continuă pe alți subiecți opera de profundă bunăvoință și compasiune.

- Ești cumva bolnăvior? întreabă el cu o blîndețe care ar face și piatra să se moaie.

De ce nu răsăr în calea lui decît așa-zișii bolnăviori n-am aflat niciodată. Singura ipostază ce mi se pare prea valabilă m-ar duce la un apăsător și sincer compliment:

- Spirache, inimă caldă, lua-te-ar aghiut!

Eugen FRÎNZĂ

DORINȚA UNUI TATĂ

*Un mărțișor, odată,
Iubita mea ți-am dat,
Iar raza lui curată,
Pe viață ne-a legat.*

*Ți-am dat a doua oară,
Un mărțișor ghiduș,
Iar tu, a mea comoară,
Mi-ai dat deodată... doi!*

*Îți apreciez elanul...!
Că-mi place să fii tată,
Dar aș dori, la anul,
Să-mi dăruiești... și-o fată!*

Nicolae MEIANU

STIHURI EPIGRAMATICE

*Zvon
de primăvară*

*De prin horn ieșind negrite
Vrăbiuțe zgribulite,
Se scâldau ieri în gîrlîță...
Tu, tot nespălat Dodiță!*

Molima vitezei

*Un X, șofer cu suflet bun,
Pe cînd gonea ca un... lăstun,
Ferind — milos — din cale-un pui
M-a preferat în locul lui.*

Ion GEANĂ

AFORISME

- Și oamenii cei mai mișoși spun cîte-odată... las-o moară!
- Cei mai vinovați într-un proces de divorț sînt... martorii!
- Întotdeauna regretul s-a exprimat mai pe scurt decît... satisfacția!
- Să interzici fumatul în cafea, e ca și cînd ai cere liniște... în sala dactilografelor!

Dumitru MIHALACHE

RELEURI HIPOCRATICE

Terapeutică

*De cînd tot la peptocolin
Și bea la tulburel cu țapul,
Ficatul doare mai puțin
Dar are tulburări cu capul...*

Gh. PENCIU

SĂ NU TURBEZI ?

Liubomir-Cincev (R.P. Bulgaria)

Omul intră în fugă, în spital dându-i la o parte pe cei ce-i stăteau în cale, apoi, odată ajuns în cabinetul de consultații, se întinse pe canapea strigând cu disperare:

- Faceți-mi o injecție! Imediat!
- Ce fel de injecție? - îl întreabă, ulmită, sora medicală.

- Cea mai eficientă! Dar urgent, vă rog! M-a mușcat un ciine turbat. Mai repede, că turbez și eu!

Sora luă o fișă și începu s-o completeze, așa cum se obișnuiește: numele, prenumele, numele părinților, vîrsta, sexul, adresa, caracterul mușcăturii, unde și de către cine a fost mușcat.

Din răspunsurile dezordonate ale pacientului, a reieșit următorul aspect: în tramvaiul cu care călătorea, se afla o femeie tină, care avea într-un coșuleț un cățeluș pufos, venit de curînd pe lume. Pacientul, cîcă, i-a agitat două degete în fața botișorului, zicînd: „Tu-cu, tu-cu, tu-cu; iar cățelușul a hămăit și l-a lins cu buzele, pe unul din degete.

Sora îi prezintă imediat medicului de gardă. Aflînd cele întîmplate, acesta, examinînd degetul, constată că nu sînt semne de mușcătură.

- Deci - zise medicul - ați agitat degetele în fața botului?

- Am agitat! Vă rog vaccinați-mă mai repede împotriva turbării!

- Pe ce bază susțineți că acel cățeluș era turbat?

- Cînd mi-a apucat degetul, o bătrînă, ce ședea alături, a strigat: Ce obrăznicie! Cară, în tramvai, cîini... ca să turbeze călătorii!

Medicul îi aruncă pacientului o privire neprietenosă și agitănd la nasul acestuia două degete exclamă: „Tu-cu, tu-cu, tu-cu!

- Ce faceți? strigă pacientul extaziat.

- Vă place? întreabă medicul.

- Din contră, este foarte neplăcut! recunosc acestă.

- De ce credeți că și cățelușului nu i-a fost neplăcut? îl mai întreabă medicul, după care se adresa sorei: Nu se constată semne de mușcătură; probabil că nici nu avea, dinți; și chiar de-i avea, cățelii născuți de curînd, nu pot turba. Dar, deoarece pacientul cere insistent injecția, faceți-o, avînd grijă ca seringă să fie mare și cu acul cît mai gros!

Pacientul nici nu apucă să-și dea seama ce se petrece cu el, că experimentatele surori îi și eliberară de îmbrăcăminte locul necesar și îi înfîpseră un ac de grosimea telor de cizmărie.

- A-a-a! - urlă acesta coborînd repede de pe canapea.

- Iar acum, afară! îi zice medicul, scrișnind din dinți. Sîntem puși aici, ca să tratăm bolnavi și, nicidecum, să pierdem vremea cu ipohondrii!

Pacientul ieși din cabinet, nu înainte de a o întreba pe soră:

- Ce-i cu medicul? E turbat?

- Dimpotrivă, este omul cel mai blind și de o rară frumusețe sufletească. Dar cum să nu turbezi, cînd ai de-aface cu asemenea pacienți?

Apoi, oftînd adînc, adăugă: Sărmanul cățeluș! Să sperăm că va avea noroc și nu va turba în urma contactului cu degetul dumneavoastră!...

Traducere de dr. Victor GORȘCOVĂZ

Gurmandului

Nici măcar un strop de pîine
N-ar putea în el să-ncape,
Pentru că amicul Y grec
Nu mîrîncă... se îndoaipă!

Unora...

A citit în manual
Cum să se trateze,
Și-acum fuge la spital
Ca să se salveze!

Soarele și boala

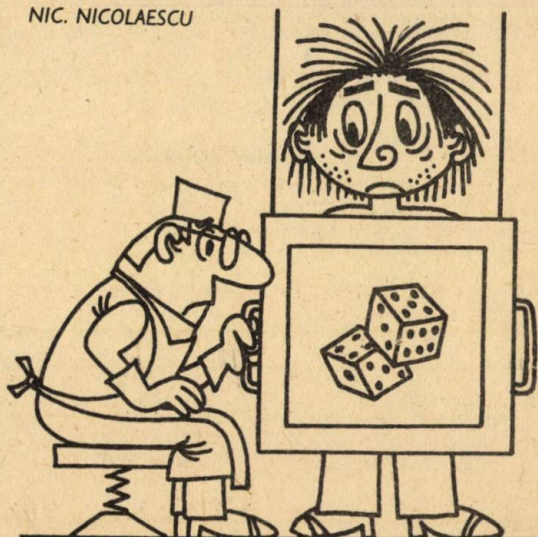
Dacă intră pe fereastră,
Raza-i caldă, jucăușă,
Boala din odaia noastră
Iese vrînd-nevrînd pe ușă.

Abuz

Un antibiotic este
Uneori recomandat,
Dar orice abus de „anti”
Este anti-indicat!

George ZARAFU

NIC. NICOLAESCU



O FIȘĂ MEDICALĂ... CATEGORIE GREA

Matilda: Auzi, tu... să știi că ne-a reclamat un pacient!

Lizica: Nu vorbi! De ce?

Matilda: Cică i-am completat o fișă de ieșire, în care în afara numelui și prenumelui, nu corespundea nici o dată.

Lizica: Ce dată?

Matilda: Înălțimea, greutatea, starea generală...

Lizica: Eh... tu nu știi cum sînt bolnavii?

Matilda: Păi nu, că ăsta ieșea din spital sănătos!

Lizica: Eh, tu nu știi cum sînt... sănătoșii? Ce ziar citești?

Matilda: „Sportul”

Lizica: Ia vezi, de box scrie ceva? Ce-o fi făcut aseară Fanache al meu?

Matilda: Cu cine a boxat, tu?

Lizica: Cu unul din Rîmniciu Vilcea.

Matilda: Uite ce scrie aici!

Lizica: Ia citește, tu... vai ce emoționată sînt!

Matilda: Zice așa: „Aseară a avut loc, meciul amical de box între selecționata...”

Pacientul: Bună ziua!

Matilda: Bună ziua! Ce doriți?

Pacientul: Am venit să-mi dați fișa de ieșire din spital. Astăzi plec acasă!

Lizica: Da, știm... tocmai lucrăm la ea. Veniți peste o jumătate de oră și-o găsiți gata scrisă!

Pacientul: Mulțumesc, sărut mîinile (iese)

Lizica: Citește, tu... mai departe! Ce scrie despre box?

Matilda: Păi, nu-i facem fișa, omului?

Lizica: Ba da. Tu citește-mi tare, că eu îl fac fișă!

Medicul: Așadar... pleci acasă!

Pacientul: Da. Mă simt minunat tovarășe doctor și vă mulțumesc, pentru toată grija cu care am fost tratat aici. Vă rog semnați-mi fișa de ieșire. Dar întâi... dați-mi câteva lamuriri. Am citit-o și nu înțeleg anumite date!

Medicul: E firesc, sînt termeni medicali. Ia citește, ce scrie la început?

Pacientul: Numele și prenumele. Aici e bine, corect!

Medicul: Vîrsta:

Pacientul: Aici... o cam scaldă!

Medicul: Ce scrie?

Pacientul: Scrie așa: „Vîrsta 32—45 de ani”

Medicul: Greutatea?

Pacientul: „Pierde prin abandon!”

Medicul: Cum?

Pacientul: „Înălțimea: „Ultima categorie...”

Medicul: Ce... fișă e asta?

Pacientul: „Termeni medicali”, tovarășe doctor!

Medicul: La „Viteza de sedimentare” ce scrie?

Pacientul: Zice așa: „Viteza”... abia se mișcă”.

Medicul: Și la „Ficat”?

Pacientul: „Descalificat!”

Medicul: Tensiunea?

Pacientul: „Knokaut!”

Medicul: Cum se poate?

Pacientul: V-am spus că nu prea înțeleg! Ascultați mai departe: „În ce loc al abdomenului s-au manifestat durerile?”

Medicul: Și ce scrie?

Pacientul: „Între corzile ringului...”

Medicul: Ia vezi la „Mîncăruri permise”

Pacientul: Da, vă citesc: „Are voie să mănînce „Cocoș”, „Pană”, „Muscă” și... bătaie!” — Regim de urmat: De trei ori pe zi, dimineața la prînz și seara, cite-o directă la bărbie!”

Medicul: De necrezut! Te rog să te dezbraci. Îți fac imediat un control general al sănătății!

Pacientul: Păi, au scris dumnealor două, în fișa de ieșire...

Medicul: Ce-au scris?

Pacientul: „Starea generală a sănătății: În finală”!!!!

Horia ȘERBĂNESCU

COMPIMATE VESELE

— Știi că există țigări care calmează tusea și degețe vocea unui tenor?

— Țigări care să împiedice căderea părului nu există?...

— Ce faceți, doctore, cînd sînteți răcit?

— Tușesc, dragul meu...

...

La consultație

— Nu aveți nimic, dar ar cam trebui să vă mai odihniți!

— Bine, bine, dar uitați-vă ce limbă încărcată am!

— În cazul acesta va trebui să vă odihniți și limba...

Mona SCOTI

SONETUL POLITEȚII

Admirativ, pe toate le privești,
Extaziat de-un păr cîrlionțat,
De-un mers gingaș, ușor și legănat
Și le compari cu zîna din povești.

Iar dacă ea-ți zîmbește delicat
Și i s-aprind în ochi scîlpiri cerești,
Tu, fără doar și poate, te gîndești
Că ești un Făt-Frumos nestimulat.

Manierat schițezi un larg salut
Făcînd o plecăciune-n calea ei,
Să-i dovedești ce bine ești crescut!

Apoi, deși în jur sînt tot femei,
Uitînd de manierele ei,
Te-ndeși să urci tu primul... în tramvai!

Alex. LĂPUȘNEANU

CUM AM DEVENIT UN BUN GOSPODAR...

Plănuisem de multă vreme ca în toamna asta să mă preocup numai eu de procurarea și punerea la borcane a gogoșarilor. Cei mai frumoși și gustoși din cîți s-au murat vreodată. Nu că n-aș fi avut respect și admirație față de experiența gospodărească a talentatei mele soții, dar prea mă „entuziasma” cu exemplele soților colegelor ei de birou, care făceau de toate: de la spălatul și călcatul ru-felor, la țirguiele pentru bucătărie și pînă la conserve pentru iarnă și bătutul covoarelor. Așa că, iată-mă în plină „vervă” consultînd o carte de bucate - la capitolul „Conserve și murături pentru sezonul rece” - făcînd însemnările de rigoare vizînd elementele de bază ale „acțiunii” mele: mări-mea gogoșarilor, cantitatea de oțet, dimensiunea foilor de dafin, numărul boabelor de piper, procentul de ulei, suprafața de celofan și borcanele. Și cum puteam să mă implic cît mai eficient în ceea ce-mi propusesem - să fiu, cu adevărat bărbat în casă, pe care să se poată sprijini întreaga familie compusă din nu mai puțin de 9 persoane cu socrii cu tot - decît numai făcînd apel la cei mai apropiați prieteni: un președinte de CAP din jurul Capitalei, doi responsabili de „legume și fructe” din care unul văr de gradul doi cu un vecin de apartament, un coleg de serviciu cu relații în „Piața Obor”, un tehnician de la Rafinăria Brazi cu care făcusem armata și care avea o soră la un IAS și un cunoscut antrenor, tovarăș și prieten de pe terenurile de fotbal, care, în timpul liber, avea și el o pasiune, grădinaritul...

Prieteni care ei înșiși destul de ocupați - cunoscîndu-mi totuși preocupările cotidiene și puținul timp liber de care dispunem - s-au oferit să mă ajute, recomandîndu-mi însă „puțină” răbdare.

Nu sînt panicard de felul meu, dar văzînd că după vreo zece zile nu primesc de nicăieri, nici

măcar „o sămînță” de gogoșar, am reluat convorbirile telefonice cu aceiași amici, în speranță că dintre toți, măcar unul se va ține de promisiune. Și iarăși răbdare și zile de așteptări, în care a trebuit să fac față și „laudelor” soției mele la adresa „minunaților gogoșari trimiși de prietenii mei” și cîte și mai cîte „aprecieri” la adresa lor...

Apoi alte zile „fericite” de așteptare, alte apropiouri la „bruma” și „ceață” care trăgeau semnalul de alarmă și numai eu știu de cîte ori am apelat la un medic orelist... pentru cîte mi-au auzit urechile! Așa că, într-o bună zi, sătul de atîtea „complimentări” din partea grupului „celor 9” din familie, m-am trezit cumpărînd dintr-un magazin „Gospodina” trei borcane mari cu gogoșari de toată frumusețea, gata pregătiți în oțet. Am luat un getax și am sosit fericit acasă, tot așa ca și-n prima zi de căsătorie cînd nevastă-mea mi-a spus că vede-n mine „un mare gospodar și om de casă”.

Eram fericit și eu și cei dragi mie. Ne regăsisem echilibrul vieții și eu gîndeam cît de mult te poate ajuta în acest sens... un biet gogoșar! O zi, două, trei, zece, pînă cînd, într-o dimineață umedă de toamnă, primii urgent un telefon de-acasă:

- Gigele! Vino repede! Mare nenorocire. Aoleo, zic eu, gata, gata să fac un infarct! Au pățit ceva cei mici?

- Mai rău, îmi răspunde scumpa mea soție.

- S-a spart țeava de la baie, a sosit verișoara ta, Dora, de la țară cu cei 4 copii, au venit alte adiționale la telefoane, ne somează cei de la spațiile verzi să nu mai parcăm mașina în fața blocului? întreb eu.

- Mai rău, îmi replică ea pentru a nu știu cîta oară! Ne-au sosit acasă pînă-n prezent, peste 300 kg de gogoșari!

- Cum așa, întreb eu, de la cine?

- Cu, de la cine, îmi spune scumpa de ea, dar cu trei octave mai sus - de la „bunii tăi prieteni”. Să te văd acum ce faci...

Trecînd peste șocul momentului, mi-am revenit rapid și aducîndu-mi aminte că sînt totuși „capul” familiei, „stîlpul” de neclintit, am replicat cu o voce gravă:

- Ce facem cu ei? Nimic mai simplu, draga mea. Îi băgăm în borcane și... cincisprezece ani sîntem asigurați de gogoșari!

.....
N.R. Din condescendență pentru cititori, mă opresc aici, fără a mai reda și replica iubitei mele soții!

George M. GHEORGHE

UMĂRUL

Umărul îl luă de gît pe cap:

- De tine nu mai scap!

Esti așa greu și judeci rău

Mă ridic eu în locul tău

Cînd tu te lași în jos

E frumos?

- Nu și-i bine?

Nu uita că depinzi tot de mine

Chiar dacă nu știu nimic

Nu tot eu te ridic?

Ananie GAGNIUC

PICĂTURI

● Doctore, de cînd am fost bolnav, mă apucă uneori o minie albastră de vād roșu înaintea ochilor, iar toată această stare îmi dă idei negre, încît fac nopți albe.

● - Știi că am pierdut 15 kg. prin operația de apendicită?

- Ce vorbești? Nu mi-aș fi închipuit că un apendice să aibă o asemenea greutate!...

Pia HAȚIEGAN-NEGREANU

DIALOG MONTAN

Numitul dialog, ale cărui exagerări sau replici fără haz, propun cititorului să le treacă cu vederea, începe astfel:

Ea — (nu trageți concluzii pripite: „ea” este soția): Ah, Mișule, ce bine că am venit aici, la munte, peisaj splendid, soare, și, mai cu seamă, mișcare. Mișcare în aerul ăsta curat și ozonat! Un adevărat izvor de sănătate. Parc-am răsfoli, pe viu, o broșură cu sfatul medicului. Hai, Mișule, e a doua zi de când stăm aici. Să nu mai pierdem nici o oră. Să urcăm!

El — Mda! Să urcăm

Ea — Dar de ce o spui așa, cu jumătate de glas?

El — Păi... fiindcă... știi tu: urcușul obosește. Și pentru că veni vorba: unde vrei să urcăm?

Ea — Pe munte! Sus, acolo!

El — Deodată, așa, pînă sus, acolo? Eu zic s-o luăm mai ușor.

Ea — Adică?

El — Să urcăm mai întâi cîteva trepte.

Ea — Care trepte?

El — Cele care duc la ușa clubului.

Ea — Aha! Ca un fel de antrenament. Le urcăm și le coborîm de zece—douăzeci de ori...

El — Nu, nu! Le urcăm acum o dată, și la prînz le coborîm. Tot o dată.

Ea — Mișule!! Iarăși vrei să stai toată dimineața la remy! Și ieri am stat trei ore în fața mesei, de te-am chibîțat.

El — Bine, azi te las să joci tu.

Ea — Asta-i mișcare pentru care am venit aici, la munte!

El — Cum dragă, nici la remy nu-i mișcare! la pietrele, aranjează-le, combină-le, schimbă-le... ehe...!

Ea — Asta e broșura aceea imaginară, cu Sfatul medicului, pe care am venit s-o răsfoim pe viu?

El — O răsfoim, dar mai sărim și noi o pagină, două. Se mai întîmplă.

Ea — Să-ți fie clar: eu nu renunț la aerul proaspăt de afară.

El — Cautăm o masă mai lîngă fereastră.

Ea — Of! Eu visam să admir paleta de culori a peisajului.

El — Lasă că fac eu un bicolor, ca să ai ce admira.

Ea — Eu vorbeam de frumusețea acelor locuri: Pietrele Doamnei, Piatra Craiului...

El — Mai uită-te și la pietrele mele. Presimt că azi o să-mi vină unele o frumusețe.

Ea — Ziceam că prin mișcare o să mai dăm și noi jos...

El — Așa e regula jocului: iei o piatră, o dai jos...

Ea — Kilograme, Mișule! Că ne-am cam rotunjit.

El — Aha! Ei, poate că, ghinionisti cum sîntem, o să ne vină niște pietre de-o să ne usuce.

Ea — Dar stînd toată ziua la club cum ne mai fortificăm organismul?

El — Pentru ce să-l fortificăm?

Ea — Ca să fie pregătit și să reziste la efort.

El — Care efort? Nici nu știi ce ușor e jocul ăsta. Stai ore-ntregi pe scaun, nu faci nici o mișcare... o dată la cinci minute iei cîte o piatră... Vezi? Dacă nu erai cu mine pierdeai timpul: te fortifica! degeaba...

.....
Și dialogul continuă cît vrea cititorul, cum vrea cititorul, dar de încheiat se încheie în cabinetul medicului:

Medicul: — Mă mir: ați venit din concediu cu o și mai redusă capacitate respiratorie.

El — Și eu mă mir, că doar am practicat o odihnă activă: toată ziua căram pietre...

Fred FIREA

COTIDIANĂ

Ca în orice dimineață, în momentul cînd trec pragul apartamentului — cu direcția serviciu, îmi pun pălăria și dă-i viteză! În această dimineață, însă, am o pălărie nouă, pe care am primit-o cadou de ziua mea. Așadar, trec pragul, îmi pun pălăria și, instantaneu, mă pocnește o cruntă durere de cap. Vorbesc cu mine: pilule nu iau de obicei, la doctor n-am timp să ajung, la...

Și, în aceeași clipă, gîndurile îmi sînt întrerupte brusc de apariția neașteptată a șefului. Scot pălăria, fac o reverență, șeful îmi răspunde din privire și, ca prin farmec, nu mă mai doare capul. Mai fac un pas, îmi repun pălăria în drepturi și din nou îmi simt „gînditorul” ca într-un cerc de fier.

O experiență nu strică: îmi imaginez că mai întîlnesc un șef, mă decapotez, mă prefac într-un unghi de 90° și... mă simt excelent! Atunci, străfulgerat de o idee, arunc pălăria, în sus, uit să o mai prind și îmi continui drumul, zicîndu-mi: „Fac unii niște cadouri, de te doare capul!”

Dumitru NEGREA

DOAR PENTRU UNII BUNICI!

● Cînd nepoții sînt prea deștepți, să nu mai umblați cu prea multe ...povești!

● Să nu vă supărați prea mult de năzdrăvniile ce vi le fac nepoții. Gîndiți-vă că și dumneavoastră ați avut la timpul respectiv... bu-nici!

● Dacă aveți secrete față de nepoți, nu vă ascundeți prea mult, căci s-at putea ca ei să creadă că vă jucați... de-a v-ați ascunselea!

● Nu vă enervați cînd nepoții fac zgomot prea tare. Consolați-vă, gîndind la vecinii care vă împărtășesc „din plin”... necazul.

Titel CANACHE

VINDECĂTORUL

O fată frumoasă, ca vara când se coc lanurile de stele și luna se plimbă prin pădurile de brazi cu iubitul ei, zăcea pe o pașie păzită de durere. Cu ochii de culoarea cerului când bea apă din mări ca să lumineze adâncurile eului, fata privea cum peste depărtări se prăbușesc speranțe moarte.

Dar vai! Deodată o veveriță de culoarea flăcării a apărut în fața tinerei să-i ceară o nucă. Și cum ea nu avea așa ceva, s-a întristat ca orașul după furtună și a început să ofteze. Văzînd-o necăjită micuța făptură a început să danseze în fața bolnavei. Fata, rezemîndu-se de toiașul gîndului, s-a ridicat și a încercat s-o prindă, dar vietatea sărea din copac în copac. A mers după ea cînd deodată a apărut un voinic cu trup de apă. Fiindu-i sete, a băut să-și mai recapete din puteri și s-a așezat puțin să se odihnească. Cît a dormit nici ea nu știa, dar trezindu-se a simțit o mare ușurare în organism. Printre șoptele apei a descifrat cîteva cuvinte. Voinicul nu era altcineva decît IZVORUL 24 DIN OLĂNEȘTI.

Viorica NANIA

DE-ALE DRAGOSTEI

Că dragostea dinții revine,
E-un lucru arhicunoscut.
La mulți dictatorul le convine:
O iau mereu de la-nceput.

Aflînd povestea cu Dalila,
Un soț, slăbuț și mititel,
De-acel Samson îl prinse mila.
El nu se temel... (este chell)

Un alt „sex tare”-i azi cam... alb,
Dar ochii-s vii, ca doi tăciuni,
Și are pentru „sexul slab”
Extrem de multe... slăbiciuni.

Cînd noaptea-albastră - precum marea-i,
Doar medicul ne spune-n pripă
Să fim atenți, că sărutarea-l
Fiorul ce transmite-o... gripă.

Constantin Aurel DRAGODAN

CU ȘI FĂRĂ INTENȚIE

Bețivul la cură hidro-minerală
De „focul” lui interior
Sînt șanse minime să scape,
Că arde cam de multșor...
Și nu-l din cel de stîns cu ape!

Cine-i mai bolnav?
E în concediu, oricînd vrea,
Deși i-e sănătos ficatul;
Nu el e cu meteahna grea,
Ci-acel ce-l dă... certificat!

„Măsură eficientă”
Cînd medicul i-a spus că are
Un mod de viață sedentară,
S-a transferat, urgent, la gară...
E la... biroul de mișcare!

Dr. Victor GORȘCOVĂZ



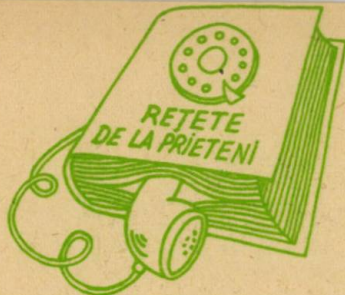
MIHAI CTIN PAPUC



ANDO



C. TOPAN



ARCUDISME...

CONSOLARE

Cu Ea, Mardare, s-a-nsurat
Și-n al familiei consiliu
Băiatul s-a justificat:
„Diseuza!” mea la domiciliu!...

BISTURIUL

I se spune instrument
Precum toată lumea-l știe.
De fapt e-un inteligent
Care taie-n carne vie!...

DRAGOSTE

Cînd rezistența-i minimă
Nu există nici-un hap!
Îți dă bătăi de inimă
Pentru dulci dureri de cap!

I. Gh. ARCUDEANU

FĂRĂ TERMOMETRU!

Scrisoare

Scrisa mama printre rînduri:
„Vai să vezi, sărac-odorul,
A căzut adînc pe gînduri,
Și... și-a fracturat piciorul!”

Farmacistul îndrăgostit

Draga mea, cu un sărut,
Ce-aș putea eu să-ți ofer:
Un batic frumos cusut,
Sau mai bine-un somnifer?

Tudor HEICA

PASTILĂ

Dragostea adîncă
Și-au scris alături a lor nume
Pe toți copacii din grădini,
Să vadă o întreagă lume
Că dragostea-i cu rădăcini!

Constant CONSTANTINESCU

MAXIME MEDICALE

● Microbul n-are timp să examineze pe biolog.
Henri Michaux

● Cine are sănătate are totul. Cine n-are sănătate, n-are nimic.

Proverb francez

● Un chirurg trebuie să aibă un ochi de vultur, o inimă de leu și o mină de femeie.

Proverb francez

● Medicii sînt ca șefii: nu tolerează contradicțiile.

J. Webster

● Fiecare medic are boala sa favorită

Henry Fielding

● Dermatologia e cea mai bună dintre specialități: bolnavul nu moare niciodată... dar nici nu se vindecă!

H.J. Mencken

Culese și traduse de
Gabriel TEODORESCU

COMBĂTÎND VICIUL

● Viciul lasă în suflet, ca ulcerul în trup, o căință care mereu se zgîrie singură și sîngează.

(Montaigne)

● Cu băni pe care îi cheltuiești cu un singur viciu, hrănești doi copii.

(Franklin)

● Un pas greșit e destul pentru a cădea.

(Kotzebue)

● Viciul se poate defini astfel: jertfirea viitorului pentru prezent.(J. B. Sow)

● Sînt vicii care nu se mențin decît prin altele. Dacă tai trunchiul, cad și ele, ca niște ramuri.

(Pascal)

● Viciile sînt călăii care te omoară încet, ca o sabie neascuțită

(Nicolae Iorga)

● Patima, lăcomia, nehibzuința, minciuna și pierderea simțului realității, sînt atributele oricărui viciu.

(Maria Arsene)

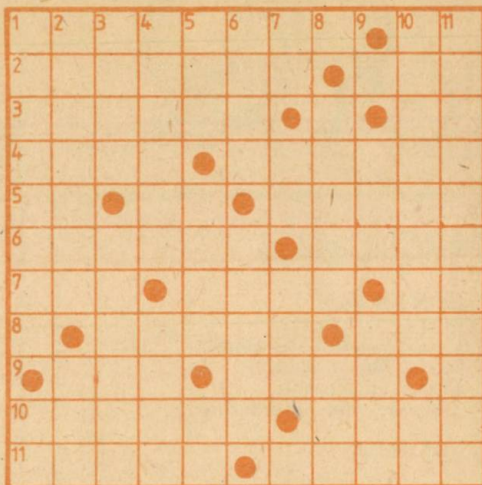
Culese de Nicolae MEDIANU



OAMENI DE OMENIE

ORIZONTAL: 1) Persoane care oferă o cantitate de sânge pentru transfuzii - Donatorul în fond! 2) În majoritatea cazurilor au nevoie de sânge - 234 vine! 3) Locuri de recoltare a sîngelui - Începe odihna! 4) Substanță organică, încoloră, cristalizată, care se găsește și în sânge - Sînt educați în spiritul de într-ajutorare în vederea formării unor deprinderi igienico-sanitare și de prim-ajutor. 5) Medicală 1,2! - Parte a rănii! - Din grupa zero. 6) Element de rezistență a unui vas - Marcă de biciclete. 7) Nicolae în familie - Poate să doneze sânge (fem.) - Din timp! 8) Îndatorat - Se prind la seringă. 9) Roșu ca sângele - Se spune, de obicei, despre cei cu grupa zero. 10) Sânge dat cu bună știință pentru salvarea de vieți omenești - Țară. 11) Sentiment de respect față de donatorii onorifici - Parte a corpului de unde se recoltează sângele (pl.).

VERTICAL: 1) Decretul nr. 94/1979 al Consiliului de Stat privind donarea de sânge în scopuri terapeutice - Dese! 2) „Sânge vienez” de Johann Strauss - Fără strălucire. 3) Apelativ popular - Aduceri din nou la viață cu ajutorul transfuziilor de sânge. 4) Vas sangvin care asigură circulația sîngelui de la inimă la celelalte organe - Timpul prezent. 5) Povară (reg.) - Pește răpitor de apă dulce - Recoltează. 6) Acid acetic - Contribuție. 7) În seringă! - Și în vină! - Începe trata-



mentul! 8) Organ vital care, prin donare, cedează o cantitate de sânge, ce este recuperat de organism în scurt timp - Republica Socialistă România. 9) Diminutiv feminin - Usturoiată. 10) Titlu acordat în semn de stimă și considerație față de donatorii de sânge din țara noastră (sing.) - Conservat la urmă! 11) Substanțe naturale sau de sinteză utilizate pentru a vindeca sau a ameliora o boală.

Dicționar: TAR

Vasile VASILACHE,
Cercul rebusist „SFINX”, Bacău

AMNEZIE

(Biverb: 6,4)

CU

Teodor FRASIN
București

NIC NICOLAESCU



- Și mie
îmi place
cafeaua,
cît mai
fierbinte!!

NECAZURILE UNUI MICROBIST!

Cum a fost la meci?

— Cumplit! Stai să vezi: centrul înaintaș primește balonul în careu, înainteaș și... și ratează de la doi metri! Am văzut negru înaintea ochilor de parcă zeci de muște zburau prin fața ochilor mei.

— Înseamnă că și se ridicase tensiunea arterială. Ridică mîneca s-o controlăm.

— Asta n-a fost nimic! peste cîteva minute fundușul nostru dă o pasă la adversar și ăla face doi pași și marchează. Am simțit un junghi în partea stîngă a pieptului ca o ghiară!

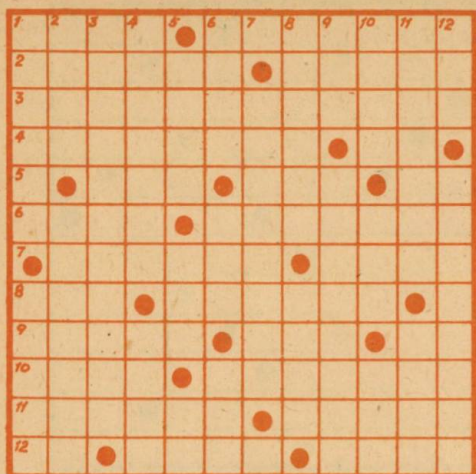
— Asta înseamnă cardiopatie ischemică. Hai să-ți fac o electrocardiogramă.

— În tribună galeria urla, un microbist bătea o tobă de mă asurzea, altul sufla într-o trompetă de-mi Țiuiau urechile...

— O să faci otită, hipoacuzie, labirintită... Gata! nu mai trebuie să te duci la meciuri. Și la urma urmei dacă stai și te gîndești ce distracție ai la un meci?

— Dar eu ce-ți povestesc de cinci minute încoace?

Dr. Gheorghe LEU



CU MIC, CU MARE

ORIZONTAL: 1. Mare mică - Dimensiuni mari la o mașină mică. 2. Are debit mare cât Dunărea și lungime mică, cât lalomița - Zgirciți, rămași în număr mic din timpul marilor migrații. 3. Din mic face mare. 4. Saltul acumulărilor mari și mici (pl.) - Carte mică sau mare. 5. În mai puțin de-o clipă! - O pilă mai mică! - Invitația celui mare pentru cel mic. 6. Oraș mic cu o întreprindere avicolă mare - Pistă pentru Carul Mare și Carul mic. 7. Mai mică decât o zecime - Străzi mici printre blocuri mari. 8. Mai puțin repede! - Viteză mare pe distanță mică. 9. Acoperiș mare pentru cei mici. - Mic lăsat la foc mare - larna-i mică, vara-i mare. 10. Leziune mică sau mare - Din mare se face mic, prin sfărîmarea. 11. Ploaie mare pe o suprafață mică. - Sălaş pentru animale mari și mici. 12. Numai unu și una! - Măsură mică de pe vremea mamei mari (pl.) - Piatră semiprețioasă cu dungi mici și mari, divers colorate.

VERTICAL: 1. Suportă ofensive mari și mici - Fratele mai mic al Giumalăului. 2. Mărește tabloul - Fapta mare a celui mic. 3. De la cea mai mică la cea mai mare. 4. Unu mare la scară mică. - Grădina pentru mașini mari și mici. 5. Separă ce e mare de ce e mic. - Pisat la mijloc! - Os întors! 6. Greșală mică bună pentru scos peștele mare - Scumpit în centru! - Copil foarte mic sau foarte mare. 7. Drumul de la Ilya Mică și Ilya Mare. 8. Mai mari ca virusii și mai mici decât bacteriile - Face pupila mică la lumină mare. 9. Unealtă de pescuit - Trecută de la o categorie mai mică la una mai mare. 10. O parte mică dintr-o datorie mare - Zvelt în Beltul Mare sau în Beltul Mic! - Mare magazin. 11. Consumuri foarte mari cu eficiență foarte mică - Fată mare și frumoasă în poveștile pentru cei mici. 12) Sport cu armă de calibru mare sau redus - Grup mic integrat într-unul mare.

Nicolae BUCUR

PROVERB ÎN TRE PROVERBE

La noi, în toată țara, poți întâlni în cale,
Și stațiuni multime cu ape minerale
Din care orice medic bolnavului indică
Pe cele pentru calculi, de pildă, la vezică.
Firește, nu la toate e agreabil gustul,
Precum are siropul, sau laptele sau mustul.
Dar omul le acceptă ca și pe doctorii,
Deși aceste ape nu stau și-n farmacii.
De-aceia cite unii vin gustului de hac
Și între două ape „mai dau și pe coniac”,
Iar după-această cură făcută cu „tărie”,
Nu văd ameliorarea deloc în maladie.
În fond, așa se-nîmplă cînd apa minerală
Nu este consumată natur, adică goală
Și într-o acțiune proverbul cel bătrîn
Cu apa care trece, iar pietrele rămîn...

V.D. POPA

CALUL CEL DEȘTEPT

Thomas Walkins (S.U.A.)

Discuție între doi caw-boy:

- Hallo Jim!
- Hallo Tom!
- Bine!
- Ce-ți face armăsarul?
- Și el bine!
- Dar ce ai la picior?
- O prostie, măi! O fractură.
- Cum așa?

- Să vezi. Știi, calul meu e un animal deosebit de deștept, mai deștept decât mulți oameni. În urmă cu vreo zece zile am plecat la oraș. Aveam o treabă. Am trecut într-un trap mărunt peste o cîmpe. Locuri neumblate, adevărat pustiu. Și, iată, deodată, nu știu de ce, începe să fie neliniștit, sforăie, apoi se sperie de-abinelea și se ridică fulgerător pe picioarele din spate. Eu care eram cu gîndul la Mary - că să-ți spun drept mă duceam să cumpăr verighetele - am căzut ca un deștept. Asta încă n-ar fi fost nimic, dar uite mi-am fracturat piciorul. Singur în pustiu, nu puteam nici să mă mișc! Să vezi numai... Calul meu care între timp s-a liniștit mă apucă cu dinții de cureaua pantalonilor și așa, kilometri întregi, mă tirile drept pînă acasă.

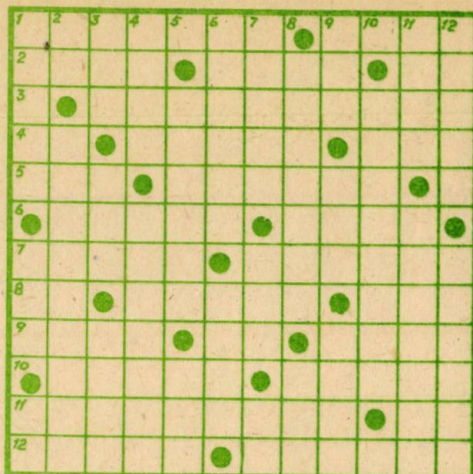
- Formidabil!
- Stai, stai că n-am terminat. Și apoi pleacă după medic. Ei ce zici?
- Extraordinar, de necrezut, grozav!
- Stai, stai, iar te grăbești. Nu e chiar atît de grozav. Dobitoicul mi-a adus un medic veterinar...

Traducere de T. CUTLIC

PASTILE PENTRU CAP

ORIZONTAL: 1. Acest cap plin de importanță - Oameni, oameni... luminați la cap! 2. Se oxigenează la cap - Doua capete de bară... la vârsta a treia! - Se poate lua cu mâinile de cap. 3. Unele care și-au pierdut capul. 4. Cade plocon pe cap! - Capul lui l-a vrut mulțimea - La capătul puterilor! 5. Cu capul gol - Galben cu capul pe față. 6. Tai, din capul locului - Face capului figura. 7. Nu-și vede capul de treabă - Cap vestit în perspectivă. 8. Puțin ocupate fiind scoase la cap! - Codul celor ce-și fac de cap - Sînt în pierdere. 9. Cap încornorat căutat cu lupa - Un pește care dă din coadă și din cap! - Pică în capul lui Nătăfleată. 10. Separă semințe la C.A.P. - Bătut în cap. 11. Umblă cu capul în nori (fem.) - A se spăla pe cap. 12. Adăpostește multe capete de oi - Negri-cios la cap.

VERTICAL: Tare de cap - Cu capul făcut tîndări - Viguros, de la cap la coadă! 2. 365 de zile la Capul Mătașan! - Fără cap. 3. Cap de... teren cucerit pentru trecerea la ofensivă - Acoperă toate capetele - Stau pe capul ciobanilor la munte. 4. Același ca mai sus - Dramaturg și actor român, autorul piesei „Capul de rățoi”. 5. Au



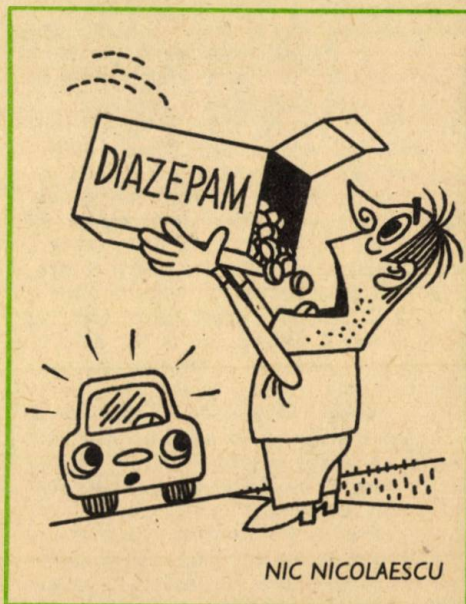
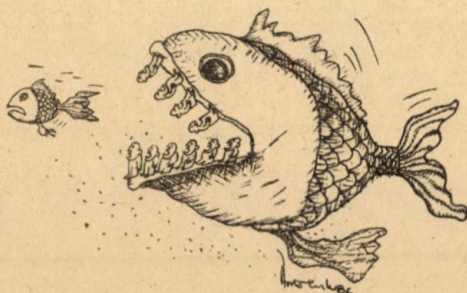
numai cap și coadă și vagabondează printre aștri - Scoate capul din capotă! 6. Taje pe capete - Și-a făcut de cap în Roma antică. 7. Trăiește la Capul Nord - Stă în frunte - În capul alfabetului. 8. Are două capete ca-n basme - Din capul lui Arrhenius! 9. Capăt de lasou - Bondar fără cap, fi-rește - Cînd se sparge te poate da peste cap. 10. Cap la cap. 11. Cuvîntul din capul operei - Ascuțite la ambele capete, numai bune de scos ochii. 12. Cap scufundat - Un cap îngrijit de medic.

Nicolae BUCUR

POSIBILE ȘI IMPOSIBILE

- Să-l scoți din sărite pe doctorul consultant și după aceea... să-i oferi un Distonocalm.
- Să-i spui agentului de circulație că fiola în care ai suflat s-a inverzit... fiindcă... ești beat de fericire!
- Să susții că nu te poți îmbolnăvi din moment ce primești cu regularitate... „Sănătatea” prin poștă.
- Să nu faci cura de slăbire prescrisă de către medic, întrucît ai și așa multe... slăbiciuni.
- Să te duci la medicul radiolog spre a-l solicita să-ți facă o radiografie... satirică.
- Să faci schimb de boli... prin mica publicitate.

Ion NEGREANU



NIC NICOLAESCU

MICROSIOANE

COMPENSAȚIE

De bucurie că a slăbit într-o lună
cinci kilograme
În următoarea a început să mănânce cu atîta
poftă
încît
le-a pus la loc
dublu.

RĂZBUNARE

Să nu mai aud de tutun!
Am început să urăsc atît de mult țigara
încît
atunci cînd o scot din pachet
o strîng între degete pînă la strangulare
și-i dau foc!

CONSTATARE

Dacă-i pus pe calomnie
pînă și săpunul
te murdărește!

LA MUNTE...

— Urci?
— Sigur că da. Doar de asta am și venit la
munte.
— Pînă unde?
— Pînă sus, la Săgeată.
— Apăi, te-oi însoți și eu pînă la cabană. Ră-
mîn acolo să trag un șpriț. Cînd te-oi întoarce
mă iei și pe mine și-om veni împreună înapoi.

...ȘI LA MARE

— Cobori la plajă?
— Sigur că da. Doar de asta am venit la
mare.
— Apăi, te-oi însoți și eu pînă la cramă și la
prînz ne-om întoarce să mîncăm împreună.

IRITARE

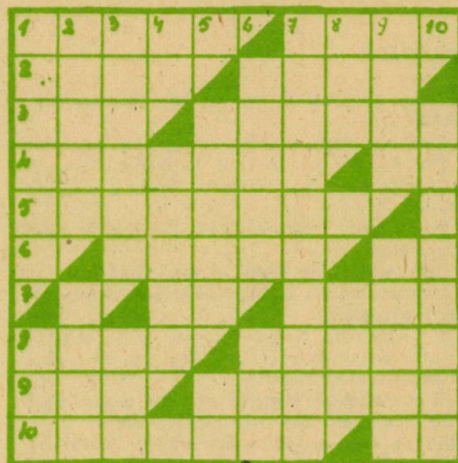
Revista asta „Moda” — mi-a spus el arcu-
du-și pîntecul — nu-mi folosește la nimic
din moment ce toți cei care fac reclamă
costumelor de vară, bărbații aștia supli
sînt niște...
manechini.

Vasile BĂRAN

„SPORT DE MASĂ“



M. OPROIU

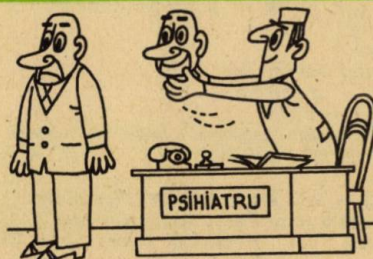


MEDICALĂ

ORIZONTAL: 1) Bine dotat cu podoabă capi-
lară — Artere principale. 2) Pe cale bucală —
Medicală. 3) Tic... (ul inimii) — Care ține de
bătănețe (pl.). 4) Inevitabil — Vindecat în fi-
nal! 5) Tulburare de moment. 6) Susceptibili
(fig.) — Peșin! 7) Porțiunea inițială a ilconu-
lui ! — Mijloc de investigație. 8) Analizele
necesare punerii unui diagnostic — Paharnic
ajutor (od.). 9) Cursuri de specialitate —
Crudități recomandate pentru obezi. 10)
Asociere de simptome într-o maladie — La
orice articulație!

VERTICAL: 1) Vase speciale — Suferă de
cord. 2) Se scoate din cuprit — Trebuie folo-
sită cu multă grijă în unele maladii. 3) Bol-
navă la căile respiratorii — La teugă! 4)
Abreviație medicală — Are și specific de na-
tură psihică. 5) Cel de-al XX-lea a revolu-
ționat medicina — Între medic și pacient! 6)
Sportul alb — Înțeleptul și-l face iarna. 7)
Puse la inimă. 8) Început de amigdalită! —
Dezinfectant la îndemîna tuturor. 9) Poate fi
de operație — Mulțumirea morală a medicu-
lui. 10) Cale de urmat.

Mircea ȘTEFĂNESCU



NIC NICOLAEȘCU

VERIFICAȚI-VĂ CUNOȘTINȚELE!

ÎNTREBĂRI

1. Cum se traduce numele capitalei suedeze - Stockholm?
2. Când s-a efectuat prima operație de apendicită?
3. Câte fire de păr ne cad în medie într-o zi?
4. Care floare a fost desenată din cele mai vechi timpuri?
5. În ce teatru aplauzele sînt interzise în timpul spectacolului?
6. Care este vîrsta medie a unui leu?
7. Cum se cheamă primul aparat pentru urmărirea trecerii timpului?
8. În ce țări se cultivă cei mai mulți cartofi?
9. Cui aparține dictonul: „Nu trăim ca să mîncăm, ci mîncăm ca să trăim”?
10. Ce cantitate de alimente mîncă un om pe zi?
11. Ce floare are cea mai lungă viață?
12. Din ce regiune geografică provine pisica?
13. De unde provine denumirea Asiei?
14. În ce an a descoperit Alexander Fleming penicilina?
15. Cît de mare este un ou de struț?
16. Cît citărește un metru cub de aer?
17. În ce țară cifra 13 este considerată o cifră ce aduce noroc?
18. Cînd a fost construită piramida lui Keops?
19. Cîte grăunțe de mac intră într-un kilogram?
20. De cîte invenții este legat numele lui Edison?
21. Care este cea mai mare galerie de tablouri din lume?
22. Care este cea mai mare cascadă din lume?
23. Cum a murit marele savant Pierre Curie?
24. Cînd s-a făcut prima transfuzie de sînge?
25. De ce Marea Moartă poartă acest nume?

RĂSPUNSURI

1. Insulă pe stilpi
2. În anul 1736 chirurgul Klaudius Emiende a efectuat această operație regelui George al II-lea al Angliei.
3. Circa 56.
4. Trandafirul, pe monede vechi.
5. Comedia franceză din Paris.
6. 35 de ani
7. Clepsidră (ceas de apă, ulterior de nisip).
8. U.R.S.S., R.P. Polonă.
9. Filozofului grec Socrate.
10. A 30-a parte din greutatea sa.
11. Orhideea tropicală, care trăiește 60-80 de zile.
12. Din Egipt; la noi a ajuns cu o mie de ani în urmă.
13. De la cuvîntul ASU = pămîntul răsăritului.
14. În 1928.
15. Este lung de 16 cm și are greutatea de 1-2 kg.
16. 1,3 kg.
17. În Belgia.
18. În jurul anului 2600 î.e.n.
19. Circa două milioane.
20. De circa 1 000.
21. Ermitajul din Leningrad, unde sînt expuse, în cele 322 de săli, aproximativ trei milioane de opere de artă.
22. Angel - 980 metri înălțime (Venezuela).
23. Lovit de o trăsură pe o stradă din Paris în 1906.
24. În anul 1667, de medicul francez Jean Denis.
25. În apa ei, conținînd 24 la sută sare, nu există nici o vietate.

DE ANUL NOU

● În Japonia, indiferent de data la care s-au născut, oamenii își sărbătoresc ziua de naștere de Anul Nou. Din această zi japonezul se considera cu un an mai în vîrstă. Astfel se poate întîmpla ciudătenia ca un copil născut la 30 decembrie să împlinească la 1 ianuarie... un an.

● În Spania, conform unei tradiții madrilene, în noaptea de revelion fiecare cetățean încearcă să înghită 12 simburile de struguri în ritmul celor 12 bătăi care anunță miezul nopții. Cel care reușește această performanță este asigurat că va avea o „fericire fără nori” în tot cursul anului ce vine.

● În Sudan, Anul Nou este considerat ziua cîntecelor, dansurilor și glumelor. Toaletele noi sînt obligatorii pentru femei, iar bărbații trebuie să aducă acasă un obiect confecționat la locul de muncă. Se înțelege că în această zi bărbații care lucrează la fabricile de produse zaharoase au mult succes. Bătrînii sînt invitați să execute un dans tineresc, iar tinerii să cînte cîntece de copii. Nimeni n-are voie să refuze sau să se supere cînd cei din jur rid de neîndemînarea lor.

● Mongolii întîmpină Anul Nou prin serbări populare ce se desfășoară în fața iurtelor. „Moș Gerilă” își face apariția ținînd în mîini un bici, simbolul păstoritului, o cremene și o tabacheră, vechile atribute ale nomadului care se teme de singurătate și de peregrinări.

● În Italia, un străvechi obicei cere ca în noaptea de revelion să se arunce pe fereastră, în semn de noroc, tot ce se consideră că este vechi și inutil în casă.

● Scoțienii, în ciuda faimei de care se bucură, sînt foarte darnici... în timpul sărbătoririi Hogmany-ului (Anul Nou). Atît de darnici încît, fiind invitați la revelion, aduc gazdei în dar... cîte un bulgăre de cărbune și un hering. Conform tradiției, cărbunele simbolizează căldura pe tot timpului anului, iar peșteles belșugul.

DEZLEGAREA CAREURILOR

OAMENI DE OMENIE :

DONATORI - OM ● OPERATI - INE ● CENTRE - I-OD ● UREE - TINERI ● ME - RA - NIMIC ● ETRAUA - MIFA - NAE - APTA - IM ● T - DATOR - ACE ● MAC ● RARI - N ● DARUIT ● STAT ● STIMA - BRATE

CU MIC CU MARE

ARAL - GABARIT ● TAMISA - AVARI ● AMPLIFICATOR ● CALITATI - AS ● A - IPA - ILA - IA ● TITU - UNIVERS ● SUTIME - ALEI ● RPD - SPRINT - M ● ARIPI - ARS - ZI ● RANA - FRIABIL ● AVERSA - STINA ● UA - COTI - AGAT

PASTILE PENTRU CAP

CAPITOL - LUMI ● ANOD ● BABA - OM ● P - DECAPITATE ● ON - MOTOC - LOR ● SEC - MONEDA - S ● SECEP - FATA ● ZORIT - CARUNT - OC - PENAL - RDR ● BOUR - EP - PARA ● TRIOR - ANTET ● VISATOARE - LA ● STINA - BRUNET

MEDICALĂ

PAROS - VASE ● ORAL - TEMA ● TAC - SENILI ● IMINENT - AT ● RATACIRE - I ● E - ATOSI - PN ● M - IL - CALE ● DATE - CUPAR ● ORE - SALATA ● REUNIRE - AR

Biverb : Amnezie: CURIND UITI

ACEA RESPIRAȚIE NESUFERITĂ

ENIGMA

Ludovic Kennedy (Anglia)

Totă povestea a început într-una din serile de cind soția mea, Diana, se întorsese de la băi.

- Iubitule - m-a întrebat ea în timpul cinei - ce ai mâncat cit am lipsit?
- Ce am mâncat nu mai știu, dar de ce dorești să știi?

- Dragul meu, nu-mi face plăcere să vorbesc despre asta, dar ai un fel de...

- Ce iubit?
- O respirație grea, urit mirositoare, care...
- Parcă n-aș crede!
- E ceva neînsemnat dragul meu, dar totuși eu cred, că tu trebuie să știi...
- Cînd ai observat aceasta pentru prima oară?
- Azi dimineață la aeroport.
- De ce nu mi-ai spus-o pe loc?
- Credeam că e ceva trecător. N-am vrut să te indispen.

- Doamne, de cit timp sîntem împreună?
- De douăzeci de ani, dacă nu mă-nșel.
- Și astăzi este pentru prima oară că ai simțit cum imi miroase gura?

- Absolut!
- Tare aș vrea să știu care e cauza?
- Poate dinții, nu crezi?
- Sau stomacul.
- Ce-ar fi dacă te-ai duce la un stomatolog?
- Desigur - am spus -, mă duc chiar mîine.

A doua zi dimineața am chemat doctorul la telefon. Mi-a răspuns asistenta lui: „Imi pare rău, domnule Blunte, dar următoarele patrușprezece zile sînt complete, s-a făcut de-acum programarea”.

- Dar eu trebuie să vin mai repede - am spus. E ceva foarte urgent!

- Vă doare?
- Nu chiar.
- V-a căzut vre-o plombă?
- Poate să fi căzut, știu eu, poate tocmai aceasta să fie cauza necazului meu?

- Cred că da.
- O auzeam cum răsfoiește registrul de programare.

- Văd că un pacient a renunțat la vizită. Marți, la ora patru, puteți veni?

- Marți înseamnă peste trei zile - Mai repede nu se poate?, am întrebat.

- Nu, domnule Blunte, a răspuns ea cu o voce plictisită. Vă așteptăm, la revedere!

Cu o zi în urmă am luat prînzul cu vechiul meu prieten. Am vrut să renunț la această întîlnire, dar era plecat din birou și colegii mi-au spus la telefon că nu știu unde a plecat.

În timpul mesei el m-a întrebat:

- Charles, tu te simți bine?

- Splendid!, am mormăit eu, de ce?
- Știi, de obicei cînd ne întîlnim îți umblă gura, și acum, iată, abia mai scoți cite un cuvînt.

Stai tot timpul cu batista la gură parcă ți-ai fi fracturat maxilarul și, dacă văd bine, imi ocolești privirea.

- Imi pare rău - i-am spus:
- Parcă nici n-ai fi tu. Dacă nu te-aș cunoaște aș zice că îți emană din gură vreun miros neplăcut și tu te strădui să nu-l simți nimeni.

Și a început să ridă în hohote, crezînd că mă voi alătura veseliei lui. Am făcut și eu ce am putut, dar risul meu s-a terminat în batistă.

Seara am întrebat-o pe Diana: Se mai simte ceva?

- Suflă spre mine, mi-a spus.
- Am suflat.

- Numai puțin.

La stomatolog m-am așezat pe scaun și apoi mi-am clătit gura cu o apă roză dintr-un pahar. Eram convins că suferința mea se va termina repede.

Doctorul avea pe obraz o fășie de plastic și eu imi puneam întrebarea dacă aceasta o fi o pavăză în fața respirației pacientului sau o pavăză a pacientului în fața respirației medicului?

- V-a căzut plomba? m-a întrebat.
- Nu sînt sigur - am spus eu - dar ceva nu e în regulă cu mine. Soția imi spune că am o respirație urită, chiar grețoasă...

Se părea că nu-l interesează.

- Deschideți gura - a spus - ca să pot vedea mai bine. Gura mea s-a deschis ca o poartă a unei galerii de artă. După o clipă mi-a spus: Aveți o groază de piatră pe toată dantura. Aceasta ar putea fi de vină. O îndepărtăm numaidecît.

Cu un fel de lopătică-satir în miniatură - a curățat toată piatra. Apoi cu un fel de pastă de dinți specială m-a pus să-mi spăl dinții curățați de piatră.

- Așa - a spus -, să sperăm că aceasta o să vă ajute.

Seara, acasă, am suflat de probă Dianei. A zîmbit și a zis:

- Nici urmă, doar mirosul pastei de dinți. Pe semne ți-a ajutat doctorul!

- Glorie! am strigat eu bucuros și am strîns-o puternic în brațe. S-o sărbătorim, mergem să cinăm la un restaurant de lux. Ne-am dus la celebrul „Vecchio”. Nota de plată a fost de cincizeci lire sterline, n-am făcut nici o economie.

Dar cînd ne-am pregătit de culcare Diana imi spune:

- Odorul meu...
- Da?

- Mă tem că e la fel cum a fost?

A doua zi dimineața m-am dus la un internist

- Suferiți de timpanism?

Era un cuvînt pe care eu nu-l folosesc, așa că nu eram sigur de semnificația lui

- Vă referiți la răgii și flatulențe? - am întrebat eu, stingherit.

- Da, a spus.

- Intindeți-vă pe sofa și ridicăți-vă cămașa. Am făcut-o și doctorul a început să-mi frăminte burta cum fac brutarii cu aluatul de piine.

- Doare undeva?

- Nu.

După ce m-am îmbrăcat mi-a spus:

- Nu știu ce ar putea fi. După mine sînteți complet sănătos și-mi spuneți că nu aveți probleme nici cu dantura. Pînă una alta, folosiți apa de gură „Listerine” și, dacă tot nu vi se ameliorează situația, reveniți peste o lună.

Totul m-a ajutat foarte puțin timp. Zilele treceau și eu mă simțeam din ce în ce mai nesigur. M-am decis să nu-mi supăr cu respirația și răsufierea mea nici cunoștințele nici prietenii, așa că am refuzat toate invitațiile. Mă obișnuisem să vorbesc doar din colțul gurii și ceasuri întregi stăteam singur, cu o carte în mînă sau în fața televizorului.

Și viața mea sexuală era în suferință, m-am ferit și de Diana să nu o supăr cu respirația mea otrăvitoare. Ea se purta adorabil față de mine, dar numai gîndul că ar fi victima răsufierii mele mirositoare îmi dădea un complex de inferioritate.

- Dar Charles - îmi spunea - nu fii naiv. Mie nu-mi pasă...

O altă greutate îmi era faptul, că Diana era singura persoană care-mi putea spune cum îmi merge și dacă lipsea de acasă o zi-două, fiind plecată la mama ei suferindă, n-aveam la cine apela.

Totul ar fi fost altfel dacă copiii noștri ar fi fost acasă, dar Simon era plecat pentru un an la practică iar Kate era educatoarea copiilor unui diplomat, nu știu de unde.

Cîte-odată, seara sau dimineața, de vreme, Diana spunea că atunci se simte cel mai mult. Suflam în palmă, dar nu mirosea nimic.

Cauza am descoperit-o întîmplător.

Într-o seară cînd am venit acasă de la lucru am găsit pe masa din antreu un bilet de la

Diana, în care îmi spunea că mama ei a avut o criză de inimă și e la spital. Ea se duce acolo și mă sună mai tirziu.

Am dat pe gît cîteva păhărele, mi-am făcut o papară și apoi, liniștit, am intrat în dormitor unde aveam televizorul. Programul nu era deloc interesant, așa că privirea mea rătăcea prin cameră. Ochii mei au văzut pe măsuta de toaletă a Dianei un stilou, carnetul de cecuri și o grămadă de facturi. Am socotit că tocmai completa cecurile cînd a primit știri privind pe mama sa. Am strîns frumos lucrurile și, întîmplător, într-un sertar am observat un bilet, pe jumătate într-o carte, scris de mîna Dianei.

Curiozitatea m-a invins. Am scos biletul și l-am citit. Incepea: „Mult iubitul meu Iosef”. Apoi era scris în continuare cît de mult îi lipsește dragul ei Iosef, că se gîndește la el și ziua și noaptea și că arde de nerăbdare să fie din nou în brațele lui”. Am întors biletul, am citit în continuare: „Odorașul meu, mă întrebi dacă într-adevăr îți sînt credincioasă așa cum ți-am promis și răspunsul meu este același - da, îți sînt. Te miri cum reușesc cînd am un soț atît de energic și pătimaș. Pot să-ți spun doar atît că îți sînt credincioasă. Cum o fac? Aceasta rămîne secretul meu pînă ce ne revedem. Sper, iubirea mea, că aceasta va fi foarte curînd”.

Tirziu seara, Diana mă cheamă de la spital.

- Vești bune - a spus - starea mamei se îmbunătățește!

- Splendid - am spus eu - și eu am vești bune!

- Da?

- Răsufierea mea e din nou în ordine, i-am spus.

După o clipă de tăcere Diana mi-a spus:

- „Ah! cît sînt de bucurioasă. Dar cum...”

- Cum o știu?

- Da.

- Ah! am zis, rămîne secretul meu pînă ce ne revedem.

Și după o mică pauză, am adăugat: „Sper iubirea mea că aceasta va fi foarte curînd!”

UN ATAC DE CORD...

Agatha Cristie (Anglia)

Cînd Eliza Martin și-a petrecut soțul la plecare, a mai rămas lingă poartă o clipă. Gîndurile au dus-o la trecutul ei. Prin fața ochilor, ca într-un film, i s-a perindat toată viața ei de pînă atunci. Cîndva fusese o bună stenodactilografă, dar nu s-ar fi putut spune că rămăsese o singuratică. Normal ar fi trebuit să devină soția lui Dick, doctorul Dick Perker. De fapt, moartea neprevăzută a unei rude îndepărtate a creat situația ei financiară de acum, Eliza devenind o fe-

meie cu zestre fabuloasă și frumoasă pe deasupra. Poate că și din cauza asta mindrul Dick nu a mai invitat-o de atunci la un cinema, n-a mai condus-o acasă. Dar nu-i nimic, așa-i în viață, mai ales că între timp a făcut cunoștință cu Gerard Martin. A fost, cum se spune, o dragoste la prima vedere. Degeaba Dick i-a spus să nu facă această greșală.

- Pe acel Gerard nici nu-l cunoști cum trebuie! Dar Eliza îl iubea.

- Te-ai îndrăgostit de el într-o săptămână, chiar de la prima întâlnire!

Dar ce vrei, nu fiecare bărbat aşteaptă un sprezece ani, până cere mina unei fete.

- Te-am iubit pentru o viaţă întreagă! îi spusese Dick.

- Greşeşti, dragul meu, a fost doar o prietenie afectuoasă.

- Bine, fie cum gîndeşti, dar ţine minte şi de aici înainte te voi avea în grija mea - şi ca prieten şi ca medic - în mod permanent şi discret.

Aceasta a fost ultima lor întâlnire.

Eliza îngîndurată intră în casă tocmai cînd suna telefonul.

- Sint eu, Dick! Sint aici în concediu pentru cîteva zile. Locuiesc la un hotel apropiat. Dacă ai nevoie de ceva, cheamă-mă! Şi închise telefonul.

Ce caraghios este acest devotat Dick...

Pentru ce aş avea nevoie de el?

Cînd Eliza ieşi din nou din casă se întîlni cu grădinarul lor. Era ceva neobişnuit, căci de obicei el venea luna şi astăzi era miercuri.

- Am venit să vă întreb ce să fac săptămîna viitoare. M-am întîlnit cu domnul Martin şi el mi-a spus că urmează să plecaţi într-o călătorie.

- Pe semne că n-ai reţinut bine. Nu ne pregătim pentru nici o plecare - spuse Eliza mirată.

- Şi mie mi s-a părut ciudat. Cine ar putea părăsi în plină vară o asemenea casă care a costat peste 2 000 de lire.

- Te înşeli! Trei mii de lire! - îl corectă Eliza, amintindu-şi cum, cu propria-i mină, îi dase soţului trei mii de lire, pentru cumpărarea casei.

- Două mii! - susţinu încăpăţînat grădinarul - îl cunosc foarte bine pe fostul proprietar al casei.

E ciudat, într-adevăr foarte ciudat, se gîndi Eliza, cînd îşi continuă plimbarea pe cărarea grădinii. Deodată, mergînd aşa, văzu lîngă un strat de flori un carnetel de notiţe. Îşi aminti că-l văzuse de multe ori în mîinile soţului. Interesant, îşi spuse frunzărindu-l şi reţinînd cele scrise în el: „14 mai... şi apoi imediat în continuare:

„Nunta cu Eliza, biserica Sf. Petru, orele 2,30”.

- Prostituţele, şopti ea plină de dragoste, zăbind o nouă însemnare: „Eliza - miercuri 18 iunie, orele 21 seara”. Şi nimic altceva. Ce înseamnă asta? Ce pregăteşte astă seară Gerard?

Nu-şi dădea seama de ce, dar deodată îşi aminti de ultimele cuvinte ale lui Dick: „Pe acel Gerard nici nu-l cunoşti cum trebuie!”

Cînd soţul se întoarse la prînz, Eliza uitase de mult totul. Totuşi, cînd serviră desertul, ea îi spuse zîmbind:

- Cunosc toate secretele tale. Spune-mi cu ce fetişcană trebuie să te întîlneşti în această seară la orele nouă?

- Ce spui? nu înţeleg, zise surprins Gerard.

- Păi ţi-am găsit carnetul de notiţe.

- Aşa deci, rise oarecum forţat Gerard. Astă seară am vrut să te rog să vii cu mine în pivniţă, în atelierul meu, ca să dezvoltăm nişte fotografii.

- Şi încă ceva, îşi aminti Eliza. De ce ai inventat plecarea noastră? Grădinarul mi-a spus...

- E un adevărat aiurit, a spus Gerard supărat. Mereu le încurcă pe toate!

Surprinsă Eliza se uită la faţa soţului aprinsă de supărare. Dar Gerard îşi reveni imediat şi o întrebă drăgăstos:

- Dar ce e cu tine?

- Nici eu singură nu ştiu. Astăzi sint cam nervoasă...

- Ciudat, într-adevăr ciudat, repetă Gerard ca şi cum ar fi vorbit de unul singur. Acele filme nu le mai dezvoltiez astăzi, m-am răzgîndit. Să mergem la culcare!

Dimineaţa Eliza îşi petrecu din nou soţul pînă la poartă. Cînd se întoarse, nelinişte puse stăpînire pe ea. Dick a avut dreptate, pe Gerard ea nu-l cunoaşte de loc şi el îi ascunde ceva.

Intră în bucătărie, apoi în biroul lui. Cu grijă îi deschide sertarul biroului. Aici găsi un pachet de scrisori strîns legate cu o panglică. Îl desfăcu, cîteva căzînd pe jos. Erau printre ele şi tăieturi din ziarele americane, despre un proces penal care avusese loc în urmă cu şapte ani. Era vorba de un oarecare Charles Lemeter, căruia toate soţiile de pînă atunci (şi avusese cîteva) îi dispăruşeră fără urmă. Deşi sub podeaua din casa lui se găsisse scheletul unei femei, Lemeter fusese închis doar cîţiva ani. Crima lui nu putuse fi dovedită şi, de altfel, după vreo trei ani evadase şi dispăruşeră din Statele Unite.

Surprinsă, Eliza lăsă din mînă restul de tăieturi din ziare reamintindu-şi de ştirile pe care presa engleză le publicase la timpul respectiv despre acest proces: „În timpul procesului acuzatul a leşinat foarte des... Medicii au constatat că suferă de inimă...” Eliza se aplecă şi ridică de pe podea fotografia acuzatului, dintr-un petec de ziar. Din acesta o privea un Gerard ceva mai tînăr şi fără barbă, dar fără îndoială că era el, soţul ei! Era de-abinelea în mîinile criminalului!

Din nou parcă auzea vorbele lui Dick: „Pe Gerard nici nu-l cunoşti cum trebuie!” Dick! Sărmanul, credinciosul Dick! Totul era limpede: ieri seara la nouă era s-o ucidă în pivniţă. De aceea spusese tuturor că pleacă amîndoi într-o călătorie. Nu avea voie să piardă nici un minut...

Eliza îşi strînse repede hîrţile şi le puse înapoi. Trebuie să fugă! La hotel la Dick! Şi cit mai repede!

La ieşire se opri inlemnită auzind poarta grădinii scîrţîind... De aceea se ascunde după perdea şi îl urmări pe soţul ei. Venea pe cărare fluerînd şi în mînă ţinea... dumnezeule! Gerard ducea în mînă o lopată complet nouă. Ieşi din casă aproape fugind, cit pe aici să se ciocnească cu el.

- Unde fugi aşa? o întrebă Gerard plin de suspiciune.

- Vreau să mă mai mişc puţin. În casă aerul este tare sufocant - spuse aproape şoptind Eliza.

- Vin şi eu cu tine - îi zise el apucînd-o de umeri. Ea nu îndrăzni să protesteze, plimbîndu-se mai bine de o jumătate de oră prin grădină. În timpul prînzului Gerard nu o lăsă nici o clipă singură, ţinîndu-se tot după ea, „ajutînd-o” să ducă mîncarea în sufragerie.

„Trebuie să-l chem pe Dick îşi zise ea, el este singura mea salvare...” Dar cum să ajung la telefon... şi apoi cum să fac să mă înţeleagă... dumnezeule, dumnezeule... unde am ajuns, Gerard cu siguranţă că mă va ucide. Pentru nimic în lume, n-am voie să mă trădez. Să-mi păstrez singele rece!

Deşi murea de frică, începu să povestească un caz plin de haz.



- Așa! - o întrerupse Gerard - astă seară vom developa împreună fotografiile.

- Dar sînt atît de obosită, n-ai putea să le developezi singur?

- Nu va dura mult - îi răspunse zîbind Gerard.

Eliza se sculă de la masă.

- Trebuie să-i telefonez zarzavagiului - îi spuse ea și plecă în camera alăturată unde era telefonul.

- Acum la această oră?

- Prăvălia e închisă dar eu îi telefonez acasă. Vreau să-l rog să-mi trimită marfa acasă. Miine e doar simbătă!

Inchise ușa și formă repede numărul hotelului cerind legătura cu Dick. Dar în cameră apăr Gerard.

- Vreau să aud cum flirtezi - spuse el, Pe loc Elizei îi veni o idee salvatoare, astupînd cu mina microfonul receptorului, ca să nu se audă la capătul celălalt al firului.

- Ascult! se auzi în telefon vocea lui Dick.

- Aici doamna Martin - spuse ea repede - Vă rog să veniți... - pentru moment acoperi cu palma microfonul - și să-mi aduceți două legături de andive, morcovi și sfeclă - și-și retrase iar palma de pe receptor - Este foarte important... și vă rog ca... nu cumva să întîrziati! Apoi din nou acoperi microfonul și zise - Iertați-mă domnule Chekvors că vă deranjez așa tirziu, la o oră atît de nepotrivită, dar comanda făcută este deosebit de necesară. Deci miine dimineață, dar precis?

Eliza închise telefonul.

- Ai fost martor și ai văzut cum o bună gospodină flirtează cu zarzavagiul ei.

Se stăpîni și se uită direct în ochii soțului. Se pare că el nu observă nimic suspect. Dick va veni cu certitudine, chiar dacă nu înțelesese nimic. Trebuie să cîștig timp... să cîștig timp...

- Hai să mergem acum în pivniță!, îi spuse Gerard.

Ea se uită la el și deodată o cuprinse teama. De pe fața lui căzu masca. Miinile îi tremurau și ochii îi străluceau ciudat.

Eliza se întoarse într-o parte. I s-a părut că vorbele ce le spune, le spune altcineva nu ea!

- Gerard, așteaptă o clipă... numai... Trebuie... trebuie să-ți spun ceva... ceva foarte important. El se uită la ea surprins.

- Cîndva am săvîrșit o crimă Gerard. Ți-am ascuns pînă acum că am mai fost măritată de două ori. Primul meu soț era un bătrîn și eu eram foarte tinăra. Nu aveam încă nici douăzeci de ani. Eliza observă că vorbele ei trezeau interesul lui Gerard și continuă cu un ton convingător:

- La spitalul unde lucram, la secretariat, am învățat să umblu cu otrăvurile. O anumită otrăvă ucide într-o clipă și nu rămîne nici un fel de urme. Eu i-am pus-o în cafea. Primul meu soț era, deci, mort.

- Și aceasta ce profit ți-a adus? o întrebă Gerard.

- Două mii de lire. Medicul constată drept cauză a morții un atac de cord. De-al doilea soț m-am despărțit la fel - continuă ea cu imaginație. Și lui i-am pus otrăvă în cafea.

- Dumnezeu! - oftă îngrozit Gerard - În cafea... deci de aceea a avut această cafea un gust atît de ciudat! Tu m-ai otrăvit?

Gerard căzu neputincios în fotoliu.

Ea se apropie de ușă, pregătindu-se să respingă un eventual atac. Încet și clar, subliniind fiecare cuvînt, îi spuse:

- Da, te-am otrăvit. Otrava își face deja efectul. Nu te mai poți mișca. Ești ca și înlănțuit în fotoliu. Ce este...? Pași...?

Eliza ieși în fugă din casă. În grădină căzu în brațele lui Dick. Polițistul care-l însoțea, intră în casă și după o clipă exclamă:

- Soțul dv., este mort doamnă Martin și după cum arată cred că de vină sînt - iertați-mă - și vîrsta și inima. Ce zici doctore?

- Un clasic atac de cord! spuse Dick, cu o voce ce trăda și emoția dar și un perfect profesionalism medical.

PAȘI TÎRȘIȚI, PAȘI APĂSAȚI

de S.S. RAFERTY (S.U.A.)

Toată povestea a început cînd, scîrbit, m-am lăsat de fumat; apoi nici băuturile nu-mi mai plăceau. A început să mă doară ficatul și într-o dimineată m-am trezit galben.

- „Icter infecțios” - a diagnosticat dr. Müller.

M-a trimis la spital unde am stat două săptămîni. Apoi am continuat tratamentul acasă. Doctorul Müller a permis doar familiei Kontrowitz să mă viziteze, Barry e companionul meu la barul din a treia Avenue, iar Silvia îmi ține loc de mamă.

Ca să nu inebunesc am început să citesc. Barry a spus odată că în viața mea am avut mai multe televizoare decît cărți. Nu prea eram bibliofil. Nici televizorul nu m-a ajutat. Așa că m-am rezumat să ascult zgomotul, mișcările din blocul nostru. Am reușit să deosebesc soneriile ceasurilor deșteptătoare la vecinii mei de apartament. La fel, zgomotul apelor trase la W.C., al dușurilor. Am auzit discuții aprinse, în special cînd era vorba de bani. Și nu este deloc greu, cînd tehnologia modernă a reușit, în sfîrșit, să creeze pereți groși cit coaja de ceapă. Constructorii din New York valorifică cu plăcere această invenție, sau inovație, cum vreți!

După o vreme această „ascultare” a început să mă plictisească, dar s-a schimbat ceva cînd cineva s-a mutat în apartamentul de deasupra mea. Fostii chiriași s-au mutat luni. Ce s-au mai putut certa? Chiriașa cea nouă s-a mutat în aceeași după masă. Am auzit cum face curățenie și apoi zgomotul specific unor pantofi cu tocuri înalte. Cunoșteam acest ritm și îmi închipuiam că trebuie să fie zveltă și voinică. Apartamentul meu e la fel împărțit ca cel de sus, așa că știam cu precizie unde se găsește în fiecare clipă.

În bucătărie era la șase după masă, acest lucru m-a neliniștit. Nu-mi plac fetele care cînează prea devreme. Le compătimesc și pe acelea care iau cîna singure. Poate e urîtă. Dar nici uritele n-ar trebui să mînințe singure. Cînd a plecat de acasă la zece și jumătate buna mea dispoziție a dispărut. Oare unde a plecat ea la această oră? Ce fată pleacă în oraș la zece și jumătate seara?

Toată noaptea m-am frîmțintat. Și știți cînd s-a întors? La șase fără un sfert dimineața! Așa ceva fac doar femeile de moravuri ușoare. Cu ce

vecina m-am ales! Nu s-a dus nici la baie, să facă un duș, să-și spele fardul! Cînd însă la orele douăsprezece i-a sunat deșteptătorul, i-am iertat totul. Desigur întreaga noapte o fi petrecut-o la o prietenă bolnavă, sau poate lucrează în schimb de noapte ca soră de caritate. Am rugat-o pe Silvia Kontrowitz să se uite la cutia poștală să vadă cine locuiește la ap. 12 J. Locuiește în acel apartament B. Filmor. Ce o fi însemnînd B? Beth? Betlina? Am numit-o Baby.

După prima săptămînă am știut orarul ei de lucru. În fiecare seară la aceeași oră, pleca la serviciu, la spital (așa am vrut să cred) și se întorcea la șase fără un sfert dimineața. Dormea pînă la prînz. Micul dejun îl lua, la ora unu, prînzul și cîna, împreună, la șase. Trebuia să aibă cel puțin douăzeci și cinci de ani, fiindcă la magnetofon îl asculta mereu pe Bobby Darrin. Acum știu că fardul și-l șterge în fața mesutei de toaletă și nu mai merge la baie. E îmbrăcată în capot. Cum am stabilit-o? Simplu! După ce se întoarce acasă își pune papucii de casă. Și papucii se poartă cu capot. Nu?

Într-o zi m-a deziluzionat. Imediat după masă am auzit soneria ei de la intrare și apoi pașii ei în antreu. Apoi deasupra capului am auzit a doua pereche de papuci - aceștia erau bărbătești. Ea avea în picioare papuci ușori. Dar m-a lămurit.

În bucătărie pregătea ceva pentru băut. Apoi o jumătate de oră a domnit tăcerea, doar Bobby Darrin își cînta melodia „Undeva pe mare...”. Începea să-mi placă și mie.

Miercuri, în a treia săptămînă, a venit Silvia: ca de obicei, mi-a făcut curat în casă, mi-a pregătit mîncarea pentru prînz și pentru cină. Pe la două după masă, sus, a sunat soneria. Mi-am ridicat capul cînd am auzit niște pași apăsați. Era zgomotul unor alți pantofi. Am tot ascultat și apoi am ațipit. M-am trezit abia la șase jumătate. Acel adorator trebuie că a luat-o pe Baby undeva la un local, căci sus toată noaptea a fost o liniște deplină. Și nu s-a întors nici în ziua următoare. Credeți că m-a îngrijorat? Deloc! Între noi totul s-a sfîrșit și basta. Aceeași liniște și vîneri. Două zile întregi n-am mai auzit de sus nici-un fel de zgomot.

Te pomenesti că s-a îmbolnăvit sau poate a plecat cu acel bărbat în Portorico.

I-am telefonat administratorului blocului și l-am întrebat dacă domnișoara Filmor, de la apartamentul 12 J, a plecat undeva.

- Nu știu - mi-a răspuns.

- Aparatul de radio e deschis acolo la ea, cîntă de trei zile și de trei nopți. Ar trebui să-l închideți.

- Nu știu, domnule Kelly. Într-un apartament străin nu pot să intru așa, pentru nimic.

- Puteți. Condițiile stabilite de locatari permit așa ceva. Cu radioul acela inebunesc.

Am pus telefonul în furcă și am tot așteptat. Am sperat că administratorul se va conforma. Peste cinci minute l-am auzit pașii în apartamentul de sus. A stat o clipă, a alergat pe scări în jos. Inima m-a durut mai mult decît ficatul.

Nu peste mult timp am auzit sunetele sirenelor și apoi deasupra pașii mai multor oameni. A trecut o jumătate de oră și cineva a sunat și la ușa mea. N-am putut să mă scol. Și-au deschis singuri ușa și printre ei era și locotenentul Joffe de la poliția criminală, care de la o vreme încoace nu mă prea agreea.

- Ce e cu tine? m-a întrebat apropiindu-se de patul meu.

- Icter infecțios, i-am explicat. Joffe s-a adresat unui gardian care stătea lingă el.

- Adu imediat medicul, i-a ordonat.

- Ce se întîmplă aici locotenente?

- Cineva ți-a sufocat prietena. Exact ca și pe cea precedentă.

Și-a amintit de cazul de acum doi ani, cînd în apartamentul meu au găsit o fată moartă. Criminalul care a asasinat-o a fost prins, dar Joffe nu a putut să-mi ierte că n-a putut să mă amestece în acel caz. Într-un timp a venit medicul, care m-a consultat.

- Icter infecțios, locotenente, l-a anunțat.

- Ce s-a întîmplat acolo sus? l-am întrebat.

- O fată tină, 26-27 ani, sufocată. E moartă de două zile.

- Au avea suficientă putere doctore ca să facă așa ceva? a întrebat Joffe.

- Mă indoiesc, i-a răspuns medicul.

- Locotenente, vă sfătuiesc să nu mă amestecați în treaba asta. Ați intrat aici fără a avea o permisiune oficială și mă mai și jigniți?

- De ce i-ai spus administratorului că se aude radioul cîntînd? Cînd, de fapt, nu cînta?

- Am auzit undeva muzică la radio și chipurile am crezut că e de la apartamentul 12 J.

M-am simțit din ce în ce mai rău. Am rugat doctorul să telefoneze după Barry. Trebuie că am dormit cam șase ore, căci atunci cînd m-am trezit lingă patul meu ședea Silvia. Imediat ce m-a văzut treaz a plecat la bucătărie și mi-a încălzit supa de carne, iar eu între timp am răsfoit ziarul „Post”, pe care mi l-a adus. Despre crimă scria în pagina treia. Victima a fost domnișoara Barbara Filmor, menționată drept „o femeie misterioasă”.

N-au putut stabili sursa veniturilor ei. În Banca „Chase” avea un cont deschis, de unde i se achitau toate cheltuielile în termen. Nu era cunoscută nici adresa ei anterioară. În apartament nu s-a găsit nimic care ar fi putut să dea

date mai precise privind identitatea ei. Reporteurul a menționat în ziar că locotenentul Joffe a promis că va da informații mai amănunțite a doua zi.

Absurd! Joffe n-avea nimic clar la mînă.

Dacă vă surprinde că n-am spus nimic despre pașii bărbătești de sus și despre escapadele ei de noapte, atunci nu mă cunoașteți bine. Pe Joffe nu l-aș atenționa chiar dacă i-ar arde pălăria pe cap. În plus, aveam convingerea că eu singur voi lămuri acest mister.

Înainte de toate aveam nevoie de câteva informații. Așa că am telefonat bunului meu prieten, sergentul Steve Kozak.

- Poți să-mi spui dacă acea pisicuță pe care au omorît-o în blocul nostru a fost o...?

- La prima impresie așa s-ar părea, dar nu figurează pe nici-o listă. Medicul poliției nu crede. Poate o întreține cineva, dar nu era o profesionistă.

- Se spune că era frumoasă. Poate o actriță?

- Ai fi cunoscut-o. Există în acest oraș o actriță pe care tu să n-o cunoști?

- Mulțumesc pentru compliment. Și n-au găsit pe nimeni care ar fi văzut-o cu cineva? Careva dintre vecini sau șoferul de la taximetre?

- Pe nimeni. Dar de ce ți se interesează atît de mult?

- Joffe a făcut astăzi „mari” presupuneri în ce mă privește. Susține că n-aș fi străin!

- N-ai nici-o grijă, medicul poliției a constatat că n-ai fi în stare să gonești nici măcar un pui de pisică, da' să sugrumi o femeie. Ai scos tot ce ai vrut de la mine?

- Tot.Aho, Steve!

Cînd s-a inserat, Silvia s-a întors. A adus supă de carne și o grămadă de sfaturi în ceea ce privește sănătatea mea.

Trei zile n-am avut liniște. Apoi, cînd Silvia a venit jos dimineața, am trimis-o la administrator ca să împrumute de la el pachetele cu numerele de duminică ale ziarului „Times”. El le strîngea și le depozita ca materiale refolosibile. Am urmărit în partea a doua a revistelor programele săptămînale de televiziune, am citit încă anumite lucruri pentru documentarea mea și apoi am telefonat unui cunoscut de la Uniunea sindicatelor de telecomunicații, de la care am reținut o anumită adresă. Telefonul următor a fost la Mario Puccini, care închiria vehicule.

Cum a plecat Silvia, m-am îmbrăcat la repezeală, deși sînt mult slăbit, m-am tîrît pînă la ascensor, apoi în stradă unde Mario mă aștepta în mașină. M-a dus în strada Jackson Heights. Am sunat acolo la ușa unei case. Mi-a deschis o femeie care putea să aibă cincizeci sau cincizeci și ceva de ani. Poate cîndva a fost frumoasă, doar că vîrsta, corpolența, grijile i-au luat frumusețea. Mi-a spus, că domnul Cal Phillips, doarme.

- Atunci poate stăm puțin de vorbă amîndoi doamnă Phillips. E ceva foarte important atît pentru mine cît și pentru dumneata.

- Sînteți de la stația de televiziune? Cal e încă suferind. Îmi pareți o figură cunoscută.

M-a condus în camera de primire.

- Nu pot să înțeleg de ce cei de la asistența medicală a organizației sindicale sînt supărați

pe Cal că e bolnav câteva zile. Primește vre-un ajutor?

- Cal într-adevăr doarme, doamnă Phillips?
- Dumneata nu ești de la organizația sindicală. Dumneata ești polițist!

- Nu sînt polițist. Sînt prietenul Barbarei Filmor.

A fost deosebit de surprinsă.

- Drace, dar cine e Barbara Filmor?

- O anumită femeie, pe care n-am văzut-o niciodată, numai că ea nu mai e în viață și eu îi sînt dator cu ceva. Și dumneata, doamnă Phillips, îi datorezi ceva.

- Nu înțeleg despre ce vorbiți.

- Și ce-ar fi dacă v-aș spune că locuiesc în blocul unde administratorul are o bună memorie? Și ce ar fi dacă v-aș spune, că soțul dv. a fost la ea miercuri trecută în vizită și cînd a plecat Barbara era moartă și ce ar fi dacă...

- Oprită-vă cu acel „ce ar fi dacă”... Păreți bolnav de o boală infecțioasă.

- Aveți dreptate. Dar de ce nu stați jos dacă vă dor picioarele. Pantofii tip Cosmos, ce mai toc, pe care îi purtați... vă ajută la ceva?

- Drace, dar ce se petrece aici - a țipat un bărbat blond cu o barbă nerasă de mai multe zile, care a apărut în ușă.

- Vino mai aproape Cal - l-am invitat - tocmai vorbeam despre cunoștința noastră comună. Despre Barbara Filmor.

Pînă aici am tot mințit. O spuneam așa datorită unei presupunerii. Dar expresia feței lui Cal Phillips m-a convins, că am tăiat în viu.

- Rebbre - s-a răstit Phillips la soția sa - i-ai spus că...

- Cal, astimpără-te. N-are nici un fel de dovezi.

- Pînă la sfîrșit totuși se vor găsi... Barbara îl vizita seară de seară pe soțul dv. la stația de televiziune. E un mijloc splendid ca să-ți petreci slujba plicticoasă. Cal, dumneata ești singurul care lucrează acolo după ora unsprezece și dirijezi legăturile automate ale filmelor și reclamelor. Să tot apeși pe niște bumbi e o muncă foarte monotună. Eu nu te condamn pentru acea societate plăcută femeiască. - Soția dumitale te-a condamnat... te-a prins și te-a lipsit de Barbara odată pentru totdeauna...

S-a năpustit asupra mea și m-ar fi sugrumat dacă Mario Puccini n-ar fi intrat la timp. Natural, a trebuit să fiu internat în spital. Doctorul Müller m-a injurat, locotenentul Joffe m-a transportat și Silvia încă tot îmi spală capul. Ea era cit se poate de curioasă să afle, cum am ajuns să descopăr adevărul.

- Foarte simplu - i-am explicat. Mi-am dat seama că fata pleca de acasă cînd eu încep să urmăresc filmul la televizor. În programul de televiziune - m-am convins, citindu-l, cel mai mult timp emite stația WZY-TV. La organizația sindicală mi-au confirmat, că această slujbă de noapte este executată de un singur tehnician, Cal Phillips.

- Dar cum ai descoperit că e soția lui?

- N-am știut pînă-n clipa cînd i-am văzut pantofii și am auzit pasul ei apăsător, care semăna cu cel pe care l-am auzit sus, în seara cînd fata a fost asasinată.



AJUTOR EFICIENT

A.F. ORESHNIKL (SUA)

Jason Whitney observă imediat, intrind în restaurantul supraaglomerat, doi detectivi federali. Hainele lor ponosite și fețele nebărbierite le trădau munca și faptul că alergătura din ultimele zile nu le permisesese să se gindească și la înfățișarea lor. Privind în jur iscoditor, ei căutară o masă liberă, în felul acesta ajungând la aceea la care seșea singur tânărul doctor. Acesta, recunoscându-l pe unul dintre ei, cu care de altfel colaborase de mai multe ori, îi pofți pe scaune.

- Să trăiești Tom, și ia mai repede loc, fiindcă mă îndoiesc că veți mai putea găsi ceva mai bun acum. După cum ști, multă lume vine aici să-și ia micul dejun înainte de a se duce la slujbă. Tom Cambell aproape că se prăbuși pe scaun, odată cu colegul său.

- Permite-mi, dr. Whitney, să-ți prezint pe colegul meu Joe Moffet.

- Jason Whitney - spuse doctorul zimbând. Apoi Moffet și doctorul își strinseră minile.

- Arătați de parcă ați fi avut o noapte grea, spuse iar doctorul.

- Nici să nu-mi amintești. Nu ne-am dezbrăcat de haine de două zile. Tocmai am adus un bărbat din Spania.

- Extrădat?

Cambell replică zimbând: „S-ar putea spune și așa”. Omul nostru a fost în Andorra, acea mică țară a mărcilor poștale, dintre Franța și Spania. Și n-ar fi plecat de acolo până ce nu și-ar fi cheltuit toți banii. Dar pentru aceasta i-ar fi trebuit câteva sute de ani...

- Cum ați reușit să-l prindeți?

- Ca de obicei. Ne-am prefăcut că nu ne mai interesează și am așteptat să se simtă în siguranță. Când a greșit? Când a plecat la plimbare nu departe de granița cu Spania. Noi eram pregătiți. Mai repede de cum și-ar fi închipuit, am pus mâna pe el împreună cu Joe, l-am luat fiecare de câte o mână și l-am trecut prin vama spaniolă. L-am înghesuit în mașină și ne-am grăbit spre aeroport unde ne aștepta un avion. Oficialitățile spaniole s-au prefăcut că nu ne-au văzut!

- Nu e un timp prea mare și bani pierduți, pentru un singur om? Întrebă doctorul.

- Nu! Fiindcă este vorba de Henry Hemmond! - și în vocea lui Cambell se simți o vădită minerie.

Ospătarul veni să întrebe ce comandă, iar după ce plecă doctorul repetă numele: „Henry Hemmond... e într-adevăr interesant. Parcă aș fi auzit de el”.

- A fost un mare specialist în probleme economico-financiare. A comis o serie de excocherii și a fugit peste graniță. A născocit anumite fonduri, investiții false și manipulări nepermise.

Apoi a dispărut și a luat cu el banii firmei sale până la ultima centimă, milioane și milioane de dolari...

Al doilea detectiv, Joe Moffet, nu scosese o vorbă în tot acest timp. Apoi, foarte surprins de confidențele colegului său, interveni: „De ce îi tot spui aceste lucruri?”

Cambell se întoarse spre el precizând: „Doctorul este medicul principal al ambulanței închisorii federale de pe strada Răsăritului. Probabil, mai mult ca sigur, că astăzi îl va examina și pe „pacientul” nostru!”.

- Da, acum îmi amintesc și eu de el. Numele lui umplea primele pagini ale ziarelor din ultimele zile. Eu îi examinez pe toți noii sosiți, confirmă doctorul Whitney.

Ospătarul aduse micul dejun. Mincară în tăcere până ce veni și rindul cafelelor, apoi convorbirea reîncepu, tot în jurul lui Henry Hemmond.

- Credeți că veți putea recupera banii pe care i-a furat? - întrebă doctorul.

- Aceasta va trebui să-l întrebăm pe delinquent. În tot cursul zborului peste Atlantic el n-a scos o vorbă. Banii cu certitudine că sînt în siguranță, bine depuși în mai multe bănci din Elveția. Nimeni n-o să-i mai vadă până ce nu va vorbi. Și, am impresia că nu va vorbi. Și eu nu știu, zău, cum se va putea descurca toată povestea asta cu atîția bani!

- M-ar interesa să știu cum devine omul un răufăcător, mormăi doctorul.

Cambell dădu plictisit din umeri.

- Cine știe? De multe ori oamenii fac câte ceva la care nimeni nu se așteaptă. Ce face un tânăr bărbat deosebit de talentat în slujba statului? Sînt convins, că de mult ați fi putut avea propriul dv. spital, adăugă Cambell.

- Da, de fapt aș fi putut. Dar eu sînt mulțumit așa cum sînt, pentru că am un post foarte bun. În caz contrar, de mult aș fi plecat de aici. Asemenea atitudine față de propria ta muncă ai și tu, Tom. Adevărat? Serviciul de polițist activ cred că-ți convine cel mai mult!

- Ați nimerit-o! se amestecă în discuție și Joe Moffet. Anul trecut a cîștigat două avansări. Putea să aibă de-acum un loc liniștit în centrală, dar el mai bucuos urmărește pe cel ce încalcă legile. Și cu toate că mulți îl cred chiar nebun, el spune sincer tuturor că numai în această meserie se simte fericit!

Mai discutară câteva minute, apoi părăsiră restaurantul. Se despărțiră la colț de stradă.

- Doctore - spuse Tom - cînd vii pe la închiisoare să nu uii să-mi faci o vizită! Totdeauna găsești la mine o ceașcă-două de cafea. Și întorcîndu-se și spre colegul său îi spuse același lucru.



Desene de Dano ȘTEFAN

Whitney așteaptă pînă la ora 10, pînă ce i-l aduseră pe Hemmond. Își alesese această oră, căci vizita de dimineață a bolnavilor se termină atunci și ajutoarele sale pleacă la o cafeluță.

- Bună dimineața, domnule Hemmond. Sint doctorul Whitney și am grijă de sănătatea trupească și sufletească a dv., ca și de a celorlalți pacienți. Sarcina mea este să-l examinez pe fiecare deținut nou pentru a constata dacă, nu cumva, are nevoie de o îngrijire deosebită. Hemmond mormăi ceva, dînd din cap. Avea cearcăne la ochi și stătea nervos în pragul ușii.

Intr-un mod inegal își încheșta pumnul drept, în timp ce ochii săi rătăceau în jur. Era clar că arestarea sa, aducerea în patrie, însemna pentru el un puternic șoc.

- Intrați, vă rog, îl pofti Whitney politicos în camera alăturată. Încăperea era zugrăvită în alb, avînd o singură mobilă - masa pentru consult.

- Culcați-vă! Să vă iau tensiunea! Desigur, așa ceva vi s-a mai făcut cîndva. Liniștiți-vă și nu vă gîndiți la nimic. Whitney urmărea cu atenție tensiometrul.

- Aveți o tensiune foarte ridicată, domnule Hemmond... Sînteți prea încordat și, dacă nu aveți nimic împotriva, am să vă arăt cum vă puteți destinde... ca un mare campion după o cursă de alergare... Dacă îmi veți asculta sfaturile mele, vă veți simți mai liniștit, mai calm... Închi-deți-vă pleoapele... Și acum toată atenția la miini... Să devină molesite... așa că atunci cînd eu le voi ridica, ele să nu fie încordate... bine!

Acum vom face același lucru cu picioarele... Vedeți, aproape că v-ați destins complet!

- Acum vă voi lua din nou tensiunea... Și, da, vedeți că a scăzut?... chiar că e bună... Sînteți mult mai destins decît mai înainte... Să încercăm din nou, domnule Hemmond... Ochii îi veți ține tot timpul închiși... În procesul destinderii asta contează mult!... Bine, bine, acum destindeți-vă picioarele și tot corpul!... Acum cînd v-ați liniștit puteți deschide ochii? Încercați! Dacă sînteți complet destins, pleoapele nu se ridică... splendid!... Încercați să deschideți ochii... Ei bine, acum sînteți complet destins și nu puteți deschide ochii!...

Destul de curînd, fără o efortare prea mare, dr. Whitney îl aduse pe Hemmond într-o profundă stare hipnotică.

În mai puțin de o jumătate de oră această stare se accentuă și mai mult. Și astfel, încet, încet, și cu răbdare doctorul conversa cu pacientul lui despre toate cifrele secrete, situația conturilor din zeci de bănci elvețiene etc., reușind ceea ce nu reușise o „armată” întreagă de detectivi și polițiști experți, spre stupoarea lui Tom Campbell și a colegului lui.

...Și cum se întîmplă în asemenea împrejurări, cei doi polițiști se aleseră cu cite o avansare și o mulțime de felicitări de la șefii poliției federale, iar inimosul medic, cu alte cazuri tot mai încălitate, ce trebuiau să fie rezolvate tot de el, că de aceea este doctor.

Traduceri de T. CUTLIC

SUMAR

Timp eroic — 3 ● O nouă și strălucită inițiativă românească de pace — ● Nu, înarmărilor — 7 ● Anul Internațional al Păcii — 8 ● Ce știți despre Crucea Roșie? — 10 ● **Interviurile almanahului** cu prof. dr. doc. Ștefan Berceanu, prof. dr. doc. Ștefan Șuțeanu, conf. dr. doc. Mihai Moronescu, prof. dr. doc. Costin Carp, prof. dr. doc. Roman Vlaicu, prof. dr. doc. Louis Turcanu, prof. dr. doc. Gabriel Răcz, prof. dr. doc. Alexandru Dienes, dr. Ioana Strauss, conf. dr. doc. Marțian Cotrău — 14—34 ● **Copii mulți și sănătoși pentru fericirea familiei și tinerețea patriei:** Bună dimineța, viață — 35 ● Maternitatea — actul suprem de împlinire a femeii — 37 ● Sarcina — 39 ● Cabinet juridic familial — 40 ● Stație-pilot O.M.S. — 45 ● Din A.B.C.-ul sănătății copilului — 49 ● Aude copilul meu — 53 ● Strabismul și tulburările de vedere — 54 ● Avitaminoze și hipervitaminoze — 55 ● Părinții, copiii și medicamentele — 58 ● Artrita juvenilă — 60 ● Prevenirea tulburărilor de comportament — 61 ● Produse alimentare dietetice — 64 ● „**Micul Esculap**”, supliment pentru copii — 65—75 ● Tinerii de azi și sănătatea — 76 ● Adolescența și sportul — 79 ● **Femeia și familia:** Criterii în alegerea partenerului; 11 cerințe pentru armonia familială; Pentru sănătatea dv.; Hipertiroidia; Lentilele de contact; Minute pentru frumusețe; Modă — 85—92 ● **Orizont științific:** Mecanismele neuronale și neuropsihice; Nor-

mal și patologic; Membrana celulară ● **Dietetica:** 98—101 ● **Terapie naturistă** — 102—105 ● **Factori de risc:** Interferențe medicamentoase; Alcoolul; Medicamente; Tutunul: 107—112 ● **Viața intimă** — 113 ● **Caleidoscop** — 116 ● **Vîrsta a treia:** Bătrînețe activă — 118 ● Noi și bunicii noștri — 119 ● Probleme și... remedii: Scăderea auzului — 122; Adenomul de prostată — 124; Colopatia funcțională — 125; Prolapsul genital — 126; Hemoroizii — 127 ● **Conexiuni:** Semnificația unui Premiu Nobel — 129 ● Descoperiri înțimplătoare — 130 ● Electronografie și acupunctură — 132 ● Informatica în medicină — 134 ● Chiromanție și dermatologie — 137 ● Timpul, ritmurile și biologia — 138 ● Muzica și sănătatea — 140 ● Din istoria plantelor medicinale — 143 ● O „repriză” cu Duckadam — 145 ● **Dosar:** Fete din import și mirese în rate — 149 ● De la șarlatanismul prezicătorilor la naivitatea credulilor — 150 ● Noi, copiii de la periferie — 151 ● Criminalii fără motiv? — 152 ● Virusul care a înspăimîntat America — 153 ● **Test** pentru dv.: Cum dormiți? — 161 ● **Promemoria:** Ad aquas Herculis — 162 ● Premiere românești — 165 ● Precursori ai medicinei sociale — 166 ● Crucea Roșie — cu dăruire și umanism — 167 ● Operațiunea Madrid — 168 ● **Cunoașteți stațiunile balneoclimaterice?** — 177—185 ● **Hipocrate se amuză** — 197 ● **Enigma** — 210.



La multi ani!

1987

IANUARIE L 5 12 19 26 M 6 13 20 27 M 7 14 21 28 J 1 8 15 22 29 V 2 9 16 23 30 S 3 10 17 24 31 D 4 11 18 25	FEBRUARIE 2 9 16 23 3 10 17 24 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28 1 8 15 22	MARTIE 2 9 16 23 30 3 10 17 24 31 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28 1 8 15 22 29
APRILIE L 6 13 20 27 M 7 14 21 28 M 1 8 15 22 29 J 2 9 16 23 30 V 3 10 17 24 S 4 11 18 25 D 5 12 19 26	MAI 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 31	IUNIE 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28
IULIE L 6 13 20 27 M 7 14 21 28 M 1 8 15 22 29 J 2 9 16 23 30 V 3 10 17 24 31 S 4 11 18 25 D 5 12 19 26	AUGUST 3 10 17 24 31 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30	SEPTEMBRIE 7 14 21 28 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27
OCTOMBRIE L 5 12 19 26 M 6 13 20 27 M 7 14 21 28 J 1 8 15 22 29 V 2 9 16 23 30 S 3 10 17 24 31 D 4 11 18 25	NOIEMBRIE 2 9 16 23 30 3 10 17 24 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27 7 14 21 28 1 8 15 22 29	DECEMBRIE 7 14 21 28 1 8 15 22 29 2 9 16 23 30 3 10 17 24 31 4 11 18 25 5 12 19 26 6 13 20 27

Almanah realizat de revista „Sănătatea“

Redactor șef: Dr. George M. Gheorghe
Secretar responsabil de redacție: Valeria Chilău

Coordonatorul almanahului: Cristian Ionescu

Fotoreporter: Nicolae Medianu
Coperta: Adrian Dragomirescu

Prezentarea grafică: Costel Coman



Tiparul executat de Combinatul poligrafic
„Casa Științei” — București —

